



Pamplona, 10 de Diciembre de 2019

Señores:
Comité trabajo de Grado
Atn: Elsy Julieth Vaca Montañez
Coordinadora

Asunto: Entrega de Documento Final – Tesis - SUSTENTACIONES

Cordial saludo.

La presente con el fin de avalar la entrega del documento final –TESIS.

Que se relaciona a continuación:

“Síndrome De Ulises En Inmigrantes Venezolanos En Su Travesía Por Territorio Colombiano:
de la estudiante Deisy Alejandra Beltrán Leal, identificada con C.C. 1090178887.

Para Los Fines Pertinentes. (Asignación Fecha Y Hora De Sustentación).

Cordialmente,

Psi-Mgs. Claudia Patricia Posada Benedetti
C.C.45494273 de Cartagena.
Directora

Universidad De Pamplona
Facultad De Salud
Programa De Psicología



**Síndrome De Ulises En Inmigrantes Venezolanos En Su Travesía Por Territorio
Colombiano**

Deisy Alejandra Beltrán Leal
1090178887

Pamplona, Colombia
2019

Universidad De Pamplona
Facultad De Salud
Programa De Psicología



**Síndrome De Ulises En Inmigrantes Venezolanos En Su Travesía Por Territorio
Colombiano**

Deisy Alejandra Beltrán Leal
C.C. 1090178887

Directora

Psi-Mgs. Claudia Patricia Posada Benedetti
C.C. 45494273

Pamplona, Colombia
2019

Agradecimientos

Con gratitud reconozco a los que han hecho posible la realización de este proyecto, es por ello que destaco a Claudia Patricia Posada Benedetti, quién en su papel de tutora brindó la orientación constante para el desarrollo efectivo del quehacer investigativo. A Héctor y su familia, quienes, en su proceso de inmigrantes, me abrieron un espacio para caminar juntos y posibilitar el vínculo humanizado del estudio. A Andrés Felipe Carvajal Mejía, por su apoyo interdisciplinar quien complemento la investigación con el registro audiovisual desde la perspectiva benevolente, gracias por ser un maravilloso amigo e increíble ser humano. En suma, a mi familia por el apoyo compartido como soporte emocional de este proyecto, gracias por hacer de mí, un ser lleno de principios y valores, los cuales me han formado para saber cómo luchar y salir victoriosa ante las diversas adversidades de la vida, hoy en día, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy, con un nuevo logro exitosamente conseguido.

Dedicatoria

En honor a todos los inmigrantes venezolanos, quienes, en su lucha imparabable de buscar un mejor lugar, enfrentan adversidades diariamente, a todas aquellas personas que transitan imparablemente, personas que guardan fé y esperanza en su corazón, este trabajo es para ustedes, porque aprendí a valorar las pequeñas cosas de la vida, desde un vaso de agua para calmar mi sed, hasta un par de zapatos que me permitan caminar, gracias por enseñarme el verdadero significado de audacia y valor. Verlos recorrer las vías me produce admiración, familias que no desisten, adultos, jóvenes y niños en busca de oportunidades, anhelo que la situación de su país mejore, que logren llegar a su destino y construyan un futuro lleno de felicidad.

Dedico este trabajo principalmente a Dios, quien me lleno de sabiduría y fortaleza en los momentos difíciles de mi vida, a mis padres María Juanita Leal Leal y Domiciano Beltrán Mendoza, quienes con su esfuerzo y dedicación me han permitido culminar mi carrera profesional, a mis hermanos Nixon Alexander Leal Leal, Claudia Johana Leal Leal y Emerson Adrián Beltrán Leal, quienes han sido mi motivación hasta el último instante, gracias por el apoyo y amor incondicional a lo largo de este camino.

Tabla de Contenido

Resumen	12
Abstract.....	13
Introducción.....	14
Problema de Investigación.....	15
Formulación del Problema	15
Planteamiento del Problema.....	15
Descripción del Problema	17
Justificación	21
Objetivos.....	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos.....	23
Estado Del Arte.....	24
Estudios Internacionales	24
Estudios Nacionales	25
Estudios Regionales	28
Marco Teórico	32
Capítulo I: Inmigración.....	32
Inmigración y Estrés	32
Modelos psicológicos del estrés	35
Migración y salud	38
Factores Predictores Del Estrés En El Proceso Migratorio... ..	39
Capítulo II: Síndrome de Ulises	41
Vulnerabilidad.....	41
Estresores.....	44
Sintomatología del Síndrome de Ulises.....	46
Área depresiva.....	48
Área de ansiedad.....	48
Área de somatización.....	49
Área confusional.....	49
Área cultural	49
Diagnóstico diferencial de Síndrome de Ulises.....	50
Trastorno depresivo.....	52
Trastorno Adaptivo.....	54
Trastorno por Estrés Post-Traumático.....	54

Trastornos psicóticos.....	55
Capitulo III: Duelo migratorio.....	55
Características del duelo Migratorio.....	55
Elaboración del duelo migratorio.....	55
Resolución del duelo migratorio.....	55
Capitulo IV: Salud Mental.....	56
Marco Legal.....	57
Marco Contextual.....	59
Metodología.....	104
Tipo o Enfoque.....	104
Diseño.....	104
Alcance de la investigación.....	105
Población.....	105
Muestra.....	105
Operacionalización de categorías de la entrevista.....	107
Proceso de intervención.....	109
Instrumentos y técnica.....	109
Cuestionario de los Noventa Síntomas (SCL-90-R).....	109
Escala Síndrome de Ulises.....	114
Entrevista semiestructurada.....	121
Cómo se analizó la información recolectada.....	121
Juicio de expertos.....	121
Recursos a utilizar.....	122
Fases de la investigación.....	122
Resultados y análisis Cuantitativos.....	124
Resultados y análisis Cualitativos.....	124
Discusiones.....	147
Conclusiones.....	150
Recomendaciones.....	153
Referencias.....	154
Apéndices.....	157

Listas de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de categorías de la Entrevista, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 2. Caracterización Participantes por Edad, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 3. Caracterización Participantes por Género, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 4. Resultados escala de Ulises (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 5. Matriz de Entrevista Semiestructurada, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 6. Matriz de Grupo Focal, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 7. Matriz Observación Participante, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Tabla 8. Triangulación de matrices, técnicas, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Lista de Figuras

Figura 1. Inmigración y factores determinantes de la salud

Figura 2. Modelo de VEDA

Figura 3. Relación entre los estresores y el pronóstico en la salud mental según la vulnerabilidad del inmigrante

Figura 4. Mapa Norte de Santander. Fuente Corponor 2016

Figura 5. Categorías de la entrevista semiestructurada

Lista de Gráficas

Gráfica 1 Caracterización Participantes por Edad (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 2. Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 3. Comparación del sujeto 1 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 4. Comparación del sujeto 2 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 5. Comparación del sujeto 3 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 6. Comparación del sujeto 4 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 7. Comparación del sujeto 5 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfica 8. Comparación del sujeto 6 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Gráfico 9. Nivel de Duelo Migratorio. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Lista de Apéndices

Apéndice A. Entrevista Semiestructurada

Apéndice B. Observación Participante

Apéndice D. Escala de Ulises

Apéndice E. Consentimiento Informado adultos

Apéndice F. Consentimiento Informado niños

Resumen

La investigación tiene como objetivo evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de la aplicación del SCL-R90, Escala de Ulises, entrevista semiestructurada y la realización de la observación participante y el grupo focal durante el recorrido. Se realizó bajo el enfoque mixto con preponderancia cuantitativa siendo un diseño no experimental, transeccional, con un alcance descriptivo; en una muestra de 6 sujetos escogidos al azar. En la muestra que nos ocupa, el 100 % de los participantes expresan durante el recorrido tener síntomas asociados al Síndrome de Ulises como son la tristeza, que expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión, de abandono ante los duelos extremos y el llanto, como expresión de la dificultad ante situaciones límite, son síntomas que pertenecen al área depresiva. La ansiedad, reflejo de la lucha por conseguir los objetivos propuestos, el nerviosismo relacionado con las frustraciones a las que se debe hacer frente en poco tiempo, las preocupaciones excesivas y recurrentes, el miedo por la falta de recursos económicos la falta de autonomía al tener que “escondarse”, las condiciones laborales forman parte de los síntomas del área de la ansiedad y el dolor de cabeza como respuesta a los estresores se incluye en el área de la somatización. Aparecen otros síntomas como: mutismo selectivo durante horas, inmovilidad durante horas con la mirada perdida. Por lo que se determinó que los 6 participantes de la investigación, presentan el Síndrome de Ulises dado que cumplen con lo expuesto en la teoría, Según Achotegui, (2010, p.70).

Palabras Claves: Migración, Síndrome de Ulises, Vulnerabilidad, Estresores, Duelo migratorio,

Abstract

The research aims to evaluate the incidence of Ulysses syndrome in Venezuelan immigrants in their national crossing, Cúcuta –Bucaramanga through the application of SCL-R90, Ulysses Scale, semi-structured interview and the performance of participant observation and focus group, during the tour. It was carried out under the mixed approach with quantitative preponderance being a non-experimental, transectional design, with a descriptive scope; in a sample of 6 subjects chosen at random. In the sample that concerns us, 100% of the participants express during the tour having symptoms associated with Ulysses Syndrome such as sadness, which expresses the feeling of failure, helplessness, abandonment before extreme duels and crying, such as Expression of the difficulty faced with borderline situations, are symptoms that belong to the depressive area. Anxiety, a reflection of the struggle to achieve the proposed objectives, the nervousness related to the frustrations that must be faced in a short time, excessive and recurring concerns, fear of lack of economic resources, lack of autonomy to have that "hide", working conditions are part of the symptoms of the area of anxiety and headache in response to stressors is included in the area of somatization. Other symptoms appear as: selective mutism for hours, immobility for hours with the lost look. Therefore, it was determined that the 6 research participants present Ulysses Syndrome as they comply with the theory, According to Achotegui, (2010, p.70).

Keywords: Migration, Ulysses Syndrome, Vulnerability, Stressors, Migratory grief.

Introducción

Las migraciones son tan antiguas como la historia misma, estas surgen ante el deseo y la necesidad del hombre de buscar una mejor vida (Bueno Sánchez, 2004). Sin embargo, si se tiene en cuenta que el proceso de globalización ha logrado un aumento en el flujo de bienes, ideas, capitales, entre otros, es posible entender de manera más clara que, si bien la movilidad ha existido desde siempre, es en el último siglo que ha presentado un notorio crecimiento (Bueno Sánchez, 2004). Muestra de dicho proceso, así como de su intensificación a lo largo del tiempo, ha sido el aumento de los flujos migratorios entre Estados, con personas que migran desde distintos lugares del mundo y por distintas causas, algunos, obligados a salir de su país por condiciones internas y de contexto específicas y otros por decisiones personales, quienes después de hacer un cálculo de comparación entre costos y beneficios deciden migrar de su lugar de origen (Bueno Sánchez, 2004), teniendo como intención y motivación principal lograr en otro lugar condiciones de vida que en su país no han podido alcanzar (Alonso, 2011). De acuerdo con cifras de Naciones Unidas, en 2010 cerca de 214 millones de personas tiene la condición de migrantes internacionales. En términos relativos, esto supone algo más del 3 por ciento de la población mundial (Alonso, 2011, pág. 1). Con base en lo anterior y en procura de mantener el equilibrio y una supuesta seguridad estatal, en la actualidad se han establecido restricciones para los migrantes, entrando así en una realidad en donde las fronteras se han cerrado y complejizado, haciendo necesario centrar la atención en dicho fenómeno así como en la dimensión multicultural que representa para los países, sus poblaciones, sus realidades y los escenarios que suponen, las relaciones que se tejen entre lugar de origen y destino por los migrantes, desistiendo así de la idea de establecer patrones específicos o generalizaciones en materia migratoria (Nygren-Krug, 2005). Vivir en otra parte significa estar constantemente inmerso en una conversación en la que las diferentes identidades se reconocen, se intercambian y se mezclan, pero no se desvanecen.

En este sentido, las diferencias funcionan no necesariamente como barreras, sino más bien como signos de complejidad. Ser extranjero en tierra extranjera, estar perdido, constituye quizás una condición típica de la vida contemporánea (Borisovna Biriukova, 2012). Dentro de los flujos migratorios alrededor del mundo, la migración de venezolanos a Colombia genera un interés especial teniendo en cuenta que esta representa la inmigración más grande de la historia colombiana. Según reportes de Migración Colombia actualmente en Colombia viven cerca de

900.000 ciudadanos venezolanos (incluyendo las personas de doble nacionalidad) de los 2.5 millones de venezolanos que han migrado en los últimos 20 años, y se encuentran ubicados en primer lugar en Bogotá con 442.362 ciudadanos venezolanos, 162.916 en Paraguachón, 247.127 en Cúcuta, 57.932 en Rionegro y 28.751 en Arauca (El Tiempo, 2017). No obstante, los históricos movimientos migratorios entre Colombia y Venezuela, y el aumento acelerado de la migración de venezolanos a Colombia durante la última década, las investigaciones en torno a los jóvenes migrantes venezolanos en Colombia son escasas en alcance y profundidad. Esta población no ha sido objeto de indagación como actor principal dentro del proceso migratorio regional.

Problema de Investigación

Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia del Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos que transitan por territorio colombiano?

Planteamiento del problema

Según la Organización de las Naciones Unidas ONU (2019) la crisis surgió debido a factores políticos, socioeconómicos, situaciones de inseguridad y violencia en Venezuela, se dice que la mayor concentración de la emigración venezolana se encuentra en Colombia, Perú, Ecuador y Chile. Los flujos hacia los destinos como Estados Unidos y España se diversificaron hacia otros destinos como Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, México, Panamá, Perú y Uruguay, asimismo las islas caribeñas de Aruba, Bonaire, Curazao, República Dominicana y Trinidad y Tobago, y en menor medida a Australia, Bolivia, Francia, Guyana, Italia, Países Bajos, Paraguay, Portugal y Reino Unido.

La migración es un fenómeno consustancial a la humanidad que ha transformado civilizaciones, ha redefinido fronteras, ha contribuido con avances tecnológicos que acarrear beneficios y desarrollo a los individuos, emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos (Achotegui, 2008).

El aumento en el número de migrantes desde Venezuela ha generado necesidades de atención para esta población en materia de salud, educación, vivienda, agua y saneamiento básico, e inserción laboral, entre otros. Adicionalmente, su incremento acelerado en tan corto tiempo está generando presiones sobre las instituciones encargadas de la atención fronteriza y de migrantes, las cuales no cuentan con la capacidad suficiente para seguir atendiendo a este creciente número de personas (CONPES, 2018).

Según el Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM, 2019) los flujos migratorios mixtos, pertenecientes a Colombia y Venezuela comparten una frontera terrestre de 2,219 km, a lo largo de la cual hay 7 puntos de control migratorios y un número indeterminado de cruces informales. Desde 2015, la situación en Venezuela ha provocado un aumento en la llegada de refugiados y migrantes venezolanos a Colombia, actualmente son 1,174,743 los inmigrantes que han llegado a Colombia sin contar el flujo total que abarcan otros países como destino, se está hablando de 5,9 millones de sujetos que han abandonado el vecino país y viven un proceso migratorio, destacando la crisis que está presentando este país, no es una decisión sino una necesidad el movilizarse, dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país por causas económicas y sociales.

Desde 2014 se ha presentado una creciente migración de venezolanos a Colombia producto de la crisis económica, humanitaria y social. Esta migración se ha intensificado en el último año. De acuerdo con cifras de Migración Colombia y del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, durante el primer semestre de 2018 el número de migrantes venezolanos en el país ascendía a 865.005 entre regulares e irregulares, representando un aumento de 108% con respecto al total registrado para 2017 (Fedesarrollo, 2018).

Descripción del problema

El Síndrome de Ulises es un trastorno de estrés específico de inmigrantes y se asocia con las múltiples experiencias de duelo a las que se enfrentan estas personas, así como con las dificultades que deben superar para adaptarse al nuevo contexto (Figueroba, 2019)

Para Achotegui, (2008) la relación entre migración y salud mental a menudo se ha estudiado desde una perspectiva epidemiológica y no desde un punto de vista de experiencias de vida, y agrega que los migrantes experimentan duelo desde que salen de su hogar, llamándole a este fenómeno "Síndrome de Ulises" o "Síndrome de los migrantes con estrés crónico y múltiple.

Según él (Ministerio de salud y protección social, 2018) las migraciones humanas se refieren a “el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política, con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen”

El problema de investigación puede ser concebido en primera instancia como el análisis crítico del papel desempeñado por los sujetos caminantes en vías nacionales colombianas, en este caso Cúcuta- Bucaramanga, personas que enfrentan un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta ante la separación de la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto, la integridad física y la incertidumbre del día a día, desafiando las condiciones humanas necesarias de un bienestar integral, es por ello que se habla de una crisis humanitaria, en donde los afectados van desde niños, jóvenes y adultos de todas las edades que enfrentan el éxodo de transitar en busca de una mejor calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior el problema de los migrantes venezolanos presenta un desequilibrio en diferentes contextos, el cual esta población vulnerable está supeditada a una migración constante por las diferentes causas económicas y sociales, y que por ende se puede presentar el llamado síndrome de Ulises, el cual genera una serie de problemas en la frontera y que a su vez desestabiliza el sector en todo nivel, con perjuicios incalculados y que pueden generar una serie de condiciones en el estrés de estos migrantes.

Justificación

Según la (Organización Internacional para las migraciones, 2019) define la migración como el movimiento de una persona o grupo de personas de una unidad geográfica hacia otra a través de una frontera administrativa o política con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal en un lugar distinto a su lugar de origen, con base a esto la migración actualmente en Venezuela se tornó como opción forzada y no como una decisión tomada, es increíble ver como el ser humano se ha vuelto más un nómada que un propio ciudadano, esto afecta a la persona en cuanto a su salud mental, es perverso ver muertes de niños por falta de un bienestar seguro, ver vías nacionales llenas de caminantes sin rumbo, sumándole la inseguridad que genera una alteración al orden social en cada ciudad de destino, es por ello que se encuentra fascinante la idea de Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional.

Según la Cámara de Comercio de Cúcuta, (2018) "Norte de Santander, como una nueva frontera" publicado el 17 de agosto de 2018, en donde expone las principales medidas y momentos en la frontera mediante el fenómeno migratorio venezolano; Manifiesta con base en estadísticas los siguientes resultados: 870.093 venezolanos en Colombia, 99.191 venezolanos en Norte de Santander, 3.629 venezolanos en Norte de Santander portadores del Permiso Especial de Permanencia (PEP) y 82.298 venezolanos en proceso de regularización para un total de 50 mil familias migrantes.

La presente investigación se hace con el fin de Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional Cúcuta –Bucaramanga, llamado así por la historia de un héroe mitológico, que pasó 20 años fuera de su tierra natal Ítaca, pasando un sin fin de adversidades, también es denominado síndrome del emigrante con estrés crónico o múltiple el cual abarca aspectos como la separación forzada, los peligros del viaje, el aislamiento social, la ausencia de oportunidades, la sensación de fracaso o desesperanza, una bajada en el estatus social, una lucha extrema por la supervivencia y actitudes discriminatorias por parte de las personas del país de llegada en este caso Colombia, tomando estos factores se hará audiovisual de carácter documental, la importancia de esta investigación es abarcar la crisis humanitaria que presenta actualmente Venezuela desde un enfoque psicológico y artístico, donde trascienda el proceso

migratorio de las personas desde una parte personal, que permita conocer los factores estresores de dicho síndrome durante el trayecto en carretera y así mismo analizar las situaciones a las que se ven expuestos a lo largo del camino.

Teniendo en cuenta lo anterior uno de los fundamentos principales por el cual se motivó a realizar la investigación ,fue el desplazamiento semanal que se acostumbra a realizar vía Cúcuta cada fin de semana ,a través de la observación se logra captar la crisis migratoria sobre la vía, contemplando este éxodo, los inmigrantes venezolanos están enfrentando las demandas que la sociedad les depara ante un problema político, cultural , social y económico, una sociedad que exige ser responsable con el actuar y el responder adecuadamente a las exigencias, por ello es necesario utilizar herramientas desde el campo de la psicología y las producciones audiovisuales para descubrir los efectos del síndrome de Ulises de estos sujetos y a partir de ello brindarles un acompañamiento transitorio desde el momento de partida hasta el posible punto de llegada; cabe resaltar que será una investigación de corte mixto donde recopilaremos información a través de aplicación de instrumentos de tipo cuantitativo , y técnicas cualitativas como son la entrevista semiestructurada , observación participante, grupo focal.

Con esto se logrará evidenciar los estados de ánimo los cuales son invisibles para la sociedad y que se tendrá como intención sensibilizar con un producto audio visual, así mismo se tendría una visión de adaptación al contexto más como una superación y no como una competencia con sus pares, además de comparar el estilo de vida anterior al que ahora viven basados en sus testimonios de vida ,se enfatizará ante el cambio drástico en su rutina desde una dieta balanceada hasta un lugar donde dormir, visualizar estas condiciones en las que transitan las personas por nuestro país actuando con indiferencia es cruel, el ser humano debe repercutir y ser consciente de la situación venezolana, no viéndolo como altruismo sino como una forma de ser empático y tolerante ante este tipo de crisis humanitarias, por ello se realizará un documental donde se evidenciará el camino transitorio de estos migrantes con la intención de transmitir a la comunidad nacional como internacional la crisis de migración venezolana actual y su riesgo en salud mental, sumándole la realización de una entrevista la cual permita la identificación de aspectos estresores en el caminante venezolano y así mismo una visión global del conjunto de síntomas que abarca el síndrome de Ulises en migrantes que transitan por territorio colombiano.

Como producto final se alcanzará caracterizar las condiciones particulares de los sujetos venezolanos, determinando los estresores producto del proceso de migración, el impacto psicosocial y las manifestaciones del duelo múltiple, para finalmente visibilizar la problemática en una crónica documental donde se exponga el síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos caminantes de la vía nacional colombiana, trayecto Cúcuta- Bucaramanga. Hecha esta investigación se logrará un aporte significativo a la psicología en un contexto regional, ya que estamos ubicados geográficamente en la frontera colombo venezolana más frecuente de evacuación, permitiendo así conocer los factores de riesgo de estos inmigrantes en salud mental en cuanto a estrés crónico o múltiple donde hace referencia dicho síndrome de Ulises.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.

Objetivos Específicos

Identificar el perfil sociodemográfico, migratorio y psicopatológico en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga.

Determinar los estresores en los diferentes tipos de duelo en inmigrantes venezolanos.

Describir los niveles internos del Síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos.

Realizar una crónica documental de carácter interdisciplinar, que refleje la crisis migratoria venezolana a lo largo de su trayecto por el territorio colombiano.

Estado del Arte

En este apartado se tendrá como referencia investigaciones similares realizadas en diversos contextos como lo son internacional, nacional y regional las cuales permitirán aportar información para el desarrollo de esta investigación y así tener un abordaje más acorde con el tema de estudio a realizar.

Estudios Internacionales

“El Síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos” realizado por (Moya, Chavez, Esparza, & Castañeda, 2016) tuvo como principal objetivo analizar los duelos, estresores y vulnerabilidades que experimenta la población de México y Centroamérica motivada a migrar por circunstancias políticas y/o económicas. La metodología utilizada se basó en un estudio exploratorio y transversal con una muestra de 100 participantes, dividido en tres localidades, dos en la República Mexicana y una en Estados Unidos. El reclutamiento se realizó a través de un muestreo de bola de nieve, utilizando especialmente la entrevista consistió de una guía semi estructurada de preguntas abiertas, con el consentimiento previo de cada participante, el cual fueron grabadas, adicionalmente se utilizó la escala del Síndrome de Ulises, mediante preguntas abiertas que teniendo en cuenta la soledad forzada, el fracaso al proyecto migratorio, la lucha por la supervivencia y el miedo. el principal resultado de este trabajo estuvo enfocado en valores que dieron como resultados índices altos en depresión con un 35.5 % reportando difícil adaptación y un 42.3 % reporto un poco de dificultad, así como temáticas relacionadas con estresores y vulnerabilidades, violencia económica como motivo de migración, violencia política como detonante para migrar, y violencia y percepción de seguridad.

El aporte más importante de este documento se encuentra en los resultados y en lo que los inmigrantes expresan en su tránsito por este proceso, y que es adaptable al uso de escalas de medición según el síndrome de Ulises y que pueden ser adaptados a la presente propuesta, ya que los diferentes aspectos psicológicos están en la mayoría de migrantes y que pueden sufrir de este tipo de trastornos.

“Incidencia Del Síndrome De Ulises En Andalucía” Realizado Por (Arboleda, 2013) tuvo como objetivo el evaluar la incidencia del Síndrome de Ulises en la ciudad de Andalucía (España), y la influencia de sus variables psicosociales, enfocado a la reducción de su sintomatología, abarcando diferentes aspectos que conllevan a situaciones personales más allá de los datos expuestos que describen este trastorno. La metodología utilizada en este trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo, observacional y correlacional permitiendo describir y explicar el hecho migratorio por medio de determinados indicadores conociendo el contexto y llegar al conocimiento desde la realidad social, la población objetivo fueron inmigrantes conformado por 208 personas, mujeres y hombres inmigrantes seleccionados al azar, pero con un criterio específico y aleatorio. La muestra seleccionada proviene de las distintas entidades y provincias Almería Cádiz Córdoba Granada Málaga y Sevilla. Los resultados de este trabajo confirman que el nivel de estrés de la muestra oscila entre 23,75% y 86,25%. El 64% de las personas inmigrantes se concentra en el subgrupo 40-60% del nivel de estrés. Adicionalmente la vulnerabilidad simple en los siete duelos está presente en un 62,1%, un 37% si tienen duelos en vulnerabilidad simple y un 99,1% de la muestra tienen al menos 3 duelos en vulnerabilidad simple, que es concretamente el subgrupo asociado al Síndrome de Ulises.

“El duelo migratorio” realizado por (González, 2005) el cual tuvo como objetivo abordar el fenómeno de la inmigración desde una perspectiva micro social. E inserta en el marco del estudio de las distintas modalidades de duelo con personas que han sufrido pérdidas significativas, y presenta las características del duelo migratorio, acompañadas éstas de narrativas de personas inmigrantes de distintos países de América Latina que han sufrido o sufren este tipo de duelo. Este trabajo se basa metodológicamente en un trabajo narrativo y pretende exponer la enorme complejidad del proceso de elaboración y los riesgos de cronicidad con aportes teóricos de distintos autores enfocados a secuencias narrativas de los propios inmigrantes. Los resultados de este trabajo se dirigen a concluir que el impacto del duelo no solo afecta de manera personal y privada en la persona concreta, sino que repercute en su dinámica de pareja y familiar, así como corroborar que es un proceso doloroso, íntimo y reservado y que siempre dificulta el dar a conocer este tipo de trastornos e incluso con las personas más cercanas y de mayor confianza. El aporte más evidente es el poder conocer los diferentes estados y sentimientos por el cual este tipo de personas con el

síndrome de Ulises expresan una serie de reacciones y sentimientos que deben ser canalizados para evitar que este trastorno trascienda, además de ser un insumo para el diseño de posibles instrumentos de medición de esta “enfermedad” que aqueja a muchos inmigrantes

Estudios Nacionales

Ahora bien, para dar inicio a los referentes investigativos a nivel nacional, se comenzará por la investigación denominada ***“Empleabilidad De Migrantes Venezolanos En El Mercado Laboral De Cali” Propuesto Por Mazuera,(2018)***, el cual tuvo como objetivo proponer una categoría cualitativa, enfocado a la empleabilidad de los migrantes venezolanos, así como la identificación de las apreciaciones de los migrantes venezolanos frente al mercado laboral en la ciudad de Cali teniendo en cuenta las capacidades en el sector laboral enfocándolo en el hacer, conocer y ser. La metodología utilizada fue realizada a través del análisis de contenido de Bardin, tomando como población migrantes venezolanos de edades comprendidas entre 18 y 35 años donde los resultados obtenidos en este trabajo donde se relacionaron las razones que los migrantes tienen acerca del mercado laboral en la ciudad de Cali, reflejando como resultado un 56% para la categoría macro empleabilidad y un 44% para la segunda categoría macro Migración resultando un indicador de la sub categoría resultando un 33% con respecto a la categoría Macro que fue del 12%.

El siguiente estudio fue ***“Interacciones entre la dimensión poblacional con las otras dimensiones del desarrollo, en la zona fronteriza de Cúcuta (Colombia) –Bolívar -San Cristóbal (Venezuela)” propuesta por Salazar, (2017)***, y que tuvo como objetivo comprender los efectos de las interacciones de la dimensión poblacional con las otras dimensiones del desarrollo en la zona de frontera de Cúcuta, Bolívar y San Cristóbal, en lo contextos nacionales de los dos países que están determinando situaciones de fragmentación antagónicas a la realidad fronteriza, así como exponer una nueva manera de enfocar los estudios poblacionales en la zona de frontera que comprende la ciudad de Cúcuta en territorio colombiano y San Cristóbal en el territorio venezolano, fundamentado a partir de los avances obtenidos por la línea de investigación en población y desarrollo, enmarcado en la línea de investigación de la facultad de ciencias sociales y humanas- Universidad Externado de Colombia, en este trabajo también se pretendió obtener un conocimiento de la población en la frontera, en donde se propuso trabajar con el modelo BIT-

PASE como lo es la dinámica, flujos y medio ambiente, sociedad y economía y expone el problema de investigación, mediante un análisis cuantitativo en donde se concentra en la recolección sistemática de información que permitió generar indicadores obtenidos mediante cálculos de la dinámica demográfica, así como un proceso de visita a la zona fronteriza en octubre de 2013 y junio de 2015 bajo la metodología de observación participante y aplicación de diferentes entrevistas a los funcionarios que manejan los temas poblacionales en la zona de frontera para conocer sus percepciones respecto a las problemáticas abordadas.

Finalmente, la investigación que se denomina ***“Jóvenes Migrantes Venezolanos En Colombia: Una Mirada A Sus Actuales Trayectorias Migratorias Bajo El Enfoque Transnacional”*** teniendo como autor a Calle (2017). El objetivo de este trabajo está en analizar a través del enfoque transnacional de las migraciones cómo se configuran los proyectos migratorios de jóvenes venezolanos en Colombia durante el período comprendido entre 2010 y 2016, sus procesos de incorporación en el país receptor y la influencia de las políticas migratorias en dichos procesos. La selección de los sujetos que participaron en la investigación se realizó a jóvenes venezolanos migrantes en Colombia de distintas ciudades de origen, edad, género, pertenencia a niveles socioeconómicos y diferentes estatus jurídicos entre los 18 y 25 años, residentes en la ciudad de Bogotá, que migraron a Colombia.

El informe de investigación se desarrolla mediante un marco metodológico, seguido por el marco contextual, con el propósito de ubicar el fenómeno migratorio en Colombia y precisa el marco teórico utilizado en el análisis de resultados y define la importancia y el papel que tienen los jóvenes dentro de los procesos migratorios. Las principales conclusiones de este trabajo apuntan a confirmar que los flujos migratorios de población venezolana a Colombia han cambiado su patrón los jóvenes los primeros eslabones de una cadena migratoria familiar convirtiéndose así en centro de procesos migratorios de los cuales son protagonistas y arquitectos de los proyectos migratorios familiares, ampliando la visión que argumenta que son los adultos quienes migran y que son los encargados de la reunificación familiar.

Estudios Regionales

Para dar inicio a este apartado del estado del arte, como referentes para esta investigación se toma inicialmente la denominada ***“Inmigrantes venezolanas y su adaptación a Colombia- Estudio de Caso”*** (Jaimes Erick & Pallares Laura Sofia, 2018) cuyo objetivo fue la comprensión del proceso de adaptaciones en el inmigrante venezolano desde la perspectiva familiar, psicosocial, socioeconómica y afectiva que se evidencian dentro del territorio colombiano en Pamplona, norte de Santander desde un estudio de caso, se hizo uso de técnicas de recolección de la información cualitativas como la entrevista a profundidad para conocer los distintos relatos y la observación no participante donde se contemplaron variables relacionadas con el desarrollo de la inmigración, los procesos de vinculación de los sujetos con su entorno presente y transiciones del hecho como inmigrantes, el tipo de muestreo que se empleó fue por conveniencia la muestra fueron tres venezolanos inmigrantes 2 mujeres y un hombre residentes en Pamplona, mayores de 18 años que hayan migrado con su núcleo familiar.

Finalmente, la investigación que se denomina ***“Determinantes sociales de la salud de dos inmigrantes venezolanos”***, (Daza Andrés Felipe & Mora Azmeidy, 2018) cuyo objetivo fue identificar los determinantes sociales que afectan la salud de los inmigrantes venezolanos según la etapa del ciclo vital, un estudio de tipo cualitativo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por dos inmigrantes venezolanos con un rango de edades de 28-46 años , se utilizaron técnicas de recolección de la información como la entrevista semiestructurada , la observación no participante y la historia de vida , se logró evidenciar que los principales determinantes sociales más afectados son la convivencia social, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud y el ámbito laboral.

Marco Teórico

En este apartado es en cierto sentido una manera de prever cómo va a ser el trabajo debido a que se debe contar con teorías previas para la realización de la investigación, por lo que será el espacio en el que esas teorías o se pondrán en cuestión. Además, Balestrini (2006) describe que la fundamentación teórica, determina la perspectiva de análisis, la visión del problema que se asume en la investigación.

Capítulo I. Inmigración

El término *migración* refiere a la movilidad geográfica de las personas (Grinberg & Grinberg, 1996), mientras que *inmigrar* puede entenderse como el hecho de llegar a un país y establecerse en él (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua 1989), es decir, residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgenini & Giménez, 2000). Consecuentemente, inmigrante es aquella persona que se traslada de un país a otro, “o de una región a otra lo suficientemente distinta y distante, por un tiempo suficientemente prolongado como para que implique “vivir” en otro país, y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 30).

Tizón (2004) destaca que una definición de *inmigrante* debe considerar tanto las realidades externas al individuo (geográficas, sociales, culturales, políticas, etc.), como internas (emociones, sentimientos, fantasías consciente e inconsciente, pensamientos, esquemas para la acción, etc.), así como los aspectos psicológicos y psicosociales, considerando como condiciones básicas las siguientes: la región ha de ser lo suficientemente distinta y distante, el tiempo ha de ser lo suficientemente prolongado, el desplazamiento ha de conllevar a la vivencias del o de los individuos que emigran y el traslado de un país a otra implica la puesta en marcha de los procesos. De acuerdo con lo anterior Sabatier & Berry (1996) establecen que el término “inmigrado” refiere a aquellas personas y únicamente aquéllas que se han desplazado de una sociedad más o menos voluntariamente para instalarse de forma duradera en otra sociedad. Así voluntariedad y duración del desplazamiento definen específicamente al “inmigrado”, que no debe confundirse con *trabajador extranjero*, una persona que trabaja temporalmente en un país diferente al propio y durante un tiempo determinado, pero consciente de que su separación es temporal, lo que le ayuda a enfrentarse con los estresores del nuevo contexto y vivirlos de una forma no tan intensa como le

sucede al inmigrado. El inmigrado se establece en el nuevo país de forma permanente, viendo reducidas sus posibilidades de retornar a su país de origen, lo que le lleva a una ruptura de vínculos a veces definitiva, viviendo así el duelo migratorio de forma más intensa (Grinberg & Grinberg, 1996).

Inmigración y Estrés.

El término *estrés* proviene del latín *stringere, tensar*, a través del francés primitivo. Lo utilizaban los ingleses en el siglo XVII para referirse a la adversidad o la desgracia, hasta que los físicos del siglo XIX lo recuperaron para designar el esfuerzo resultante en un cuerpo sometido a una presión que tiende a deformarlo (Jeammet, Reynaud & Consoli, 1999; Lazarus, 2000). En la actualidad el término estrés se refiere a que tanto el ámbito físico como el social pueden sobrecargar a las personas con demandas que exceden su capacidad de afrontamiento, lo que puede generar en las personas un estado de estrés que puede tener consecuencias negativas sobre la salud (Barrón, 1997).

Martínez et al. (2005) señalan que el estrés en el proceso migratorio se relaciona con dos tipos de fenómenos: a) los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones de problemáticas, o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras, y b) la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales. Desde la perspectiva de la persona inmigrante, los cinco mayores problemas con los que se va a enfrentar durante su período inicial de residencia en el país de acogida son la falta de acceso a un trabajo normalizado, la situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Por todo eso, la emigración implica que los cambios culturales que vive la persona emigrante conduzcan a enfermedades cuando el individuo ya no está preparado para integrar en su personalidad nuevas experiencias e influencias del entorno (Diez, 2000), hasta el punto que la acumulación de “acontecimientos vitales estresante” en el emigrante pueda inducir un cambio de personalidad.

Modelos Psicológicos Del Estrés

Enfoque del Estrés basado en la Respuesta

El interés por el estrés es antiguo, pero el origen del concepto tal y como lo entendemos en la actualidad comenzó en 1932 cuando Canon estudió el estrés en los seres humanos y describió la respuesta de lucha o huida para hacer referencia a la reacción del organismo ante cualquier amenaza, lo que produciría una rápida activación del sistema nervioso simpático endocrino a fin de preparar al organismo para hacer frente a la amenaza o huir (Morrison & Bennett, 2008). Hans Selye propuso la teoría conocida como Síndrome General de Adaptación (SGA, 1936), según la cual el estrés constituye una respuesta inespecífica del organismo, un estado que se manifiesta por un síndrome específico inducido dentro de un sistema biológico (Sandín, 2009). La teoría, además, describe el curso de reacción del organismo en tres fases cuando se enfrenta a una situación estresante:

- **Alarma:** es la respuesta inicial del organismo al percibir un factor estresante. Fisiológicamente puede traducirse en una disminución inicial de la presión arterial y el ritmo cardíaco, previa a un consecuente aumento de estas variables, activación generalizada que no puede prolongarse en exceso, e incluso provocar una reducción de las defensas corporales.
- **Resistencia:** en una segunda fase el cuerpo intenta adaptarse al factor estresante, cuyos efectos no han disminuido a pesar de los esfuerzos de la etapa de la alarma. La activación disminuye respecto a la primera etapa, pero sigue siendo superior a lo normal. Es una etapa de movilización de las defensas corporales que no podría durar definitivamente sin que el organismo quedará vulnerable a la enfermedad.
- **Agotamiento:** por último, se sucede una etapa en la que se agotan los recursos del organismo, disminuye por tanto la capacidad de resistir al estrés y aumenta la probabilidad de enfermedad por falta de adaptación, como enfermedades cardiovasculares, pudiendo suponer incluso la muerte del organismo (Morrison & Bennett, 2008; Sandín, 2009).

- **Enfoque del Estrés basado en el Estímulo (Enfoque de los acontecimientos vitales)**

Al contrario de la propuesta de Selye, este enfoque considera el estrés como una variable independiente que se entiende en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que los estímulos pueden alterar el funcionamiento del organismo (Sandín, 2008). Así, el estrés sería la respuesta del individuo ante un estímulo ambiental -que puede consistir en un evento externo o en una situación-potencialmente dañino (Morrison & Bennett, 2008). Este enfoque fue iniciado por Holmes & Rahe en 1967, cuando midieron los acontecimientos vitales entendidos como estímulos de estrés y desarrollaron la Escala de Reajuste Social (SRRS), que incluye 43 sucesos estresantes ordenados en función del cambio que implica estos estresores (Holmes & Rahe, 1967): cada suceso se asocia con tantos “puntos” de estrés, para obtener una buena estimación de la cantidad de estrés experimentado (Larsen & Buss, 2005). Holmes y Rahe propusieron que los eventos vitales que se producen de manera natural no tienen simplemente consecuencia única para el individuo, sino un efecto acumulativo, de manera que cuantos más acontecimientos vitales se experimenta mayor es la probabilidad de desarrollar problemas de salud (Morrison & Bennett, 2008). El término estrés en este enfoque refiere cualquier cambio, tanto positivo como negativo, porque todos los cambios conllevan demandas de adaptación. Sin embargo, las investigaciones han mostrado que los sucesos negativos desempeñan un rol en la enfermedad más significativo que los sucesos positivos (Lazarus, 2000). La teoría de los acontecimientos vitales de Holmes centra su atención no sólo en quién enferma sino también cuándo (contexto social), lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos sociales y la enfermedad. Los sucesos vitales, al ser definidos como eventos sociales que requerían algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo, implicaban que podían evocar primariamente reacciones psicofisiológicas. De este modo, los sucesos vitales podrían definirse igualmente como cambios vitales. A mayor cambio (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales) mayor probabilidad de enfermar.

Así pues, los conceptos de suceso vital y cambio vital surgen para representar un mismo fenómeno social (Sandín, 2003). La aportación del enfoque de los acontecimientos vitales, que supuso una revolución en las ciencias de la salud, se ha justificado porque permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de

riesgo desde una nueva perspectiva, posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas, y supone una orientación social de la salud diferente de la antigua concepción médica basada en la relación germen-enfermedad (Sandín, 1999). En relación con la inmigración y el estrés psicosocial ha sugerido que la inmigración es un suceso vital muy importante, puesto que lleva consigo una ruptura de la vida cotidiana y cambios significativos en el contexto social y familiar. Así, Valiente, Sandín et al. (1996) estudiaron los efectos psicopatológicos y físicos asociados al cambio por inmigración y encontraron que los inmigrantes mostraron mayor grado de alteración psicopatológica respecto a los no inmigrantes.

Teoría del Afrontamiento del Estrés

Según esta teoría el estrés está determinado por la interacción entre los “estresores”, la “reacción” de estrés y las estrategias de afrontamiento adoptadas y sus grados de eficiencia o ineficacia para conseguir la adaptación del individuo ante las circunstancias estresantes. Se define de este modo estrés a partir de las particulares interrelaciones del individuo y su entorno, evaluado por éste (evaluación cognitiva) como amenazante o desbordante respecto a sus recursos, y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986). Dicha interacción se produce en dos etapas: a) valoración que la persona hace de las situaciones estresantes y b) percepción y valoración de los propios recursos para hacer frente a tales situaciones (Buceta & Bueno, 2001).

Desde esta perspectiva, Lazarus aportó una nueva dimensión de análisis, al considerar la existencia de diferencias individuales en el modo como una misma situación puede afectar de manera diferente a personas distintas (Sandí, Venero & Cordero, 2001). Para el autor citado, “ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p.164). Por tanto, cada persona tiene su propio modo de manejar el estrés, unos mecanismos de afrontamiento necesarios no sólo para resolver la situación sino también para regular las propias respuestas emocionales derivadas de ella. Muchos son los factores susceptibles de influir en el modo de afrontamiento particular, Lazarus & Folkman (1986) citan, entre otros, desde el

estado de salud a las creencias vitales religiosas o no, pero también la autopercepción de control a ejercer sobre el entorno, la propia motivación para superar la situación estresante o el arsenal de habilidades sociales y de resolución de problemas de cada uno y, muy importante, los recursos materiales y el apoyo social, factores estos últimos que, como hemos señalado con anterioridad, suelen ser deficitarios entre los inmigrantes. Concretamente, cuando los individuos tienen que hacer frente a un evento estresante desarrollan un proceso de evaluación cognitiva que puede ser de dos tipos:

- **Evaluación primaria**, respuesta inicial del sujeto que implica una evaluación del evento estresante de tres posibles modos: según el perjuicio o pérdida que ya se ha producido, o bien que aún no se ha producido, pero puede producirse, o bien según una idea de desafío o reto, basada en la seguridad de que las dificultades que se interponen en el camino del logro pueden ser superadas con la confianza en uno mismo.
- **Evaluación secundaria**, con la que se busca determinar las acciones a realizar para enfrentar el estresor en función de la percepción de los recursos o habilidades de afrontamiento disponibles. Esta evaluación implica el reconocimiento de los recursos que pueden aplicarse en una determinada situación, constituyendo un proceso complejo de aquellas opciones de afrontamiento con las que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera (Lazarus & Flokman, 1986).

Considerando lo anteriormente señalado, se pueden categorizar las principales manifestaciones indicativas del estrés en a) manifestaciones fisiológicas; b) manifestaciones emocionales y cognitivas; c) manifestaciones motoras y conductuales (Bermúdez, 1996). En cuanto a los estresores, González de Rivera (1991) propone agruparlos en tres grupos: 1) factores externos, 2) factores internos y 3) factores moduladores. Los factores externos serían todas aquellas variables del medio ambiente susceptible de alterar el equilibrio del organismo, de su medio interno, o de sobrecargar el funcionamiento de los mecanismos de defensa y regulación homeostática del organismo mismo (los acontecimientos vitales). Los factores internos son las variables propias del individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, y por último, los factores moduladores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, que alteran la relación entre los factores internos y externos.

Inmigración y Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental no solamente como un estado caracterizado por la ausencia de una enfermedad mental sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Salud mental es un constructo multifactorial que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Dado que ha sido definida de diversas formas a través de distintas culturas, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva i consensuada de la salud mental (OMS, 2001).

Sin embargo, distintos autores han intentado destacar las dimensiones esenciales de la misma, a efectos de que sirvan para una definición lo más homogénea posible con independencia de la cultura en la que se inscriba. Así Warr diferencia cinco componentes (Alvaro & Páez, 2016): el bienestar afectivo, la competencia social, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado, de modo que las personas que muestran un deterioro en su bienestar psicológico muestran también déficits en cada una de las dimensiones citadas.

La inmigración constituye un proceso continuo que conlleva transiciones inconclusas y profundas transformaciones en el viaje de un entorno a otro, que obligan al inmigrante a redefinirse constantemente de acuerdo a las nuevas condiciones. Algunas veces estas transiciones y transformaciones enriquecen y amplían los horizontes en las vidas de los inmigrantes, en otras pueden generar un insoportable sentimiento de pérdida, inseguridad e incertidumbre (Ibarrola-Armendariz & Firth, 2007). No es una experiencia traumática aislada, que se manifiesta en el momento de la separación del país de origen, o en la llegada al nuevo destino, sino que es un conjunto de factores determinantes de ansiedad, de pena y sentimiento de desamparo (Grinberg & Grinberg, 1996). Por tanto, la inmigración afecta a todos los aspectos de la vida y requiere algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo. Cambios que, a su vez, pueden condicionar

la vida de la persona inmigrante de varias maneras, sin olvidar que a mayor índice de cambios se aumenta la probabilidad de enfermar (Sandín, 2003):

- Activando estados emocionales negativos como ansiedad, depresión, estrés. etc.
- Desarrollando contactos poco saludables y/o manteniendo reacciones fisiológicas desequilibradas (sobreactivación del sistema nervioso simpático), con la consecuente disminución de la eficacia defensiva del sistema inmunológico, lo que incrementaría el nivel de vulnerabilidad a la enfermedad (Barrón, 1997).
- Deteriorando la eficacia con que el individuo se desenvuelve en los diversos roles que desempeña en la sociedad, la calidad de sus relaciones interpersonales, así como el grado de satisfacción que obtiene en uno u otro caso (Fierro, 1996).
- Convirtiéndose en factores desencadenantes de amenazas al sentimiento de identidad del sujeto (Grinberg & Grinberg, 1996).

Los movimientos migratorios implican una cierta capacidad de selección de la sociedad de origen, en virtud de la cual son aquellas personas que más y mejor dotadas de distintos recursos personales, sociales y económicos, como la salud o la educación, las que mayor acogida reciben. Por ello se puede afirmar que los inmigrantes son, en general, personas sanas y fuertes, y su vulnerabilidad empieza en el país receptor debido a los estresores que deben afrontar (Fuertes & Martín Laso, 2006). Pero la inmigración supone inevitablemente un proceso de cambio que conlleva una serie de pérdidas y ganancias, constituyendo una fuente de estrés psicológico y problemas emocionales, cuya intensidad dependerá de los recursos con la que la persona cuenta para hacerle frente (Achotegui 2002; 2006; 2009a). La unión entre una vulnerabilidad personal y “acontecimientos vitales” es lo que puede convertir la emigración en factor de riesgo para la salud mental (Tizón, 1993). Y así es en realidad: según la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM, 2007) el estrés provocado por el cambio radical de cultura, hogar y el sentimiento de discriminación que sienten muchos ciudadanos extranjeros son causa de una creciente emergencia de pérdida de salud mental entre los inmigrantes en España.

El análisis de la relación entre inmigración y salud en general y salud mental en particular requiere en primer lugar determinar los factores que influyen en la salud del colectivo migratorio. El modelo clásico de los determinantes de la salud propuesto por Dahlgren & Whitehead (1991), identifica como determinantes de la salud desde factores biológicos e individuales hasta el ámbito socioeconómico, cultural y ambiental. Al aplicar este modelo en la población inmigrante podemos observar diversas áreas de la vida de los inmigrantes que se ven trasladadas tras la inmigración, entre las que destacan (ver Figura 1):

- **Estilo de vida.** Siendo la emigración una situación de cambio, facilita la adquisición de hábitos menos saludables como el consumo de alcohol, tabaco (Aerny, Ramasco, Cruz, Rodríguez, Garabato & Rodríguez, 2010), o/y comer alimentos de baja calidad, con muchas grasas saturadas y un bajo índice de proteínas (Achoategui, 2009 a).
- **Área laboral.** Los inmigrantes son vulnerables, y tanto las condiciones que rodean su trabajo, como las de empleo son en parte responsables de esta vulnerabilidad, por tanto, estas circunstancias tienen consecuencias negativas para su salud (Agudelo-Suárez et al., 2009; Centro de Investigación en Salud Laboral, 2010). Varios estudios confirman que la mayoría de los inmigrantes realizan trabajos peligrosos y en condiciones difíciles (Benach, Muntaner, Chung & Benavides, 2010; Maya & Puertas, 2008; OMS, 2008), están más expuestos a la discriminación laboral directa, son peor pagados realizando más horas semanales y tienen menos probabilidades que la población autóctona de acceder a los empleos más estables y con más oportunidades de promoción (Martínez, García, Maya, Rodríguez, & Checa, 1996; Martínez, García & Maya, 2001; Pérez, 2008). Por otra parte el desempleo una de las variables más consistentes a la hora de explicar los problemas de salud mental de la población inmigrante (Beiser, Johnson, & Turner, 1993; Pernice, Trlin, Henderson & North, 2000).

- **Vivienda.** Existen muchas dificultades para obtener vivienda (San Juan, Vergara & Ocariz, 2005): con frecuencia los inmigrantes habitan en zonas de un elevado riesgo social, en condiciones de hacinamiento y en viviendas en malas condiciones (Fuertes & Martín Laso, 2006; Ochoa, Vicente & Lozano, 2005), como los denominados “pisos patera” (Ruvira, 2008), e incluso en condiciones de “infravivienda” espacios en los que falta techo, alguna pared, etc.- (Achotegui, 2009 a). Todo ello define una situación de precariedad posiblemente derivada de su pertenencia a los niveles socioeconómicos más bajos de la sociedad y por ende sin recursos de alojamiento (Flórez, Aguirre & Ibarra, 2008; Molero, Navas & Francisco, 2001; Cortes, Menéndez & Navarrete. 2004).
- **Acceso al sistema sanitario.** Los inmigrantes tienen dificultades de acceso a los servicios sanitarios por falta de información (Fuertes, Martín Laso, 2006) o situación de irregularidad (Nova 2012). A ello hay que añadir la barrera idiomática y cultural, que dificulta su correcto diagnóstico y abordaje (Pertiñezet al., 2002; Moreno, 2003; American College of Physicians [ACP], 2004; Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, FEPSM, 2008; Fuertes & Martín Laso, 2006).

Ámbito social, económico y cultural. Relacionando los datos anteriormente mencionados sobre la crisis económica, podemos concluir que el desempleo y las precarias condiciones de trabajo de muchos inmigrantes tienen su mayor reflejo en las condiciones de vida actuales de la población. Ha aumentado la pobreza entre los inmigrantes, especialmente entre los de origen marroquí que se encuentran en situación de desventaja respecto a otros colectivos de inmigrantes (mayor desempleo, temporalidad y precariedad (Loé 2012). Pero también afecta al ámbito sociocultural; así los resultados del estudio de Navarro & Rodríguez (2003) muestran un nivel alto de ansiedad entre los inmigrantes marroquíes (53%), lo cual podría explicarse por ser el grupo poblacional más rechazado por la sociedad receptora, puesto que las diferencias culturales, lingüísticas y religiosas les dificulta establecer relaciones sociales fuera de su grupo étnico.



Figura1. Inmigración y factores determinantes de la salud. Adaptado de Dahlgren & Whitehead (1991).

Todas estas áreas representan sólo algunos de los muchos factores involucrados en la relación entre emigración y salud del colectivo migratorio, evidenciando la vulnerabilidad a la que se ven expuestas las personas, una vez realizada la migración.

Los estudios sobre la relación entre inmigración y salud mental se han llevado a cabo en diferentes contextos y con diferentes grupos. Una de las líneas de investigación principales ha comparado la salud mental de los inmigrantes con la de sus compatriotas que permanecen en su país de origen. Así, Odegaard realizó una serie de estudios epidemiológicos, constatando que entre 1889 y 1929 la tasa de ingresos psiquiátricos de los noruegos era hasta dos veces más frecuentes, entre aquellos que habían emigrado a los Estados Unidos, respecto a los que permanecieron en su país natal. El autor citado, en su Teoría de la Selección Social (Odegaard, 1945), propuso que la aparición de problemas de salud mental se relaciona con la predisposición individual. Posteriormente, en su Teoría de Causa Social, Eitinger (1959) atribuyó los problemas de salud mental de los inmigrantes al estrés externo inherente al proceso migratorio (Pinillos, 2012). Por último, el Modelo Multivariado de Goldlust & Richmond (1974) se formuló en un intento de integrar en el estudio de la salud mental del colectivo inmigrante los factores premigratorios, los demográficos propios del inmigrante y los postmigratorios de la sociedad de acogida.

También se han realizado numerosos estudios comparativos entre muestras de inmigrantes y autóctonos, aunque con resultados contradictorios. En algunos estudios se afirma que los inmigrantes tienen mejor salud que los autóctonos. El estado de salud de los inmigrantes recién llegados sería mejor incluso que el de la población nativa del país que los recibe, como lo observado en la inmigración en Canadá: los inmigrantes tienen mejor salud en el momento de su llegada que los nativos (De Maioa & Kempa, 2010), presentando características positivas de salud que se deterioran o empeoran a posterior, describiendo una tendencia conocida como el "*efecto del inmigrante sano*" (Gushulak, 2007). Se describe así la población inmigrante como joven y sana, que padece menos problemas de salud mental que la población de acogida y, sin embargo, con el paso del tiempo, la salud de este colectivo se ve también afectada (Gee, Ryan, Laflamme & Holt, 2006). El proceso migratorio, junto a las condiciones de vida a las que se enfrenta en el país de destino, se constituiría en factor de riesgo para la salud mental del inmigrante (Bhugra & Jones 2001; Fuertes & Martín Laso, 2006), conjuntamente con el efecto negativo que ejercen el estatus de residencia (legal o ilegal), la pobreza, el idioma y la discriminación (Finch & Vega, 2003).

Sin embargo, otros estudios comparativos entre inmigrantes y autóctonos afirman que los inmigrantes presentan más problemas de salud mental que los nativos. Por ejemplo, un estudio longitudinal con una muestra de 2.378 inmigrantes rusos inmigrados a Israel, mostró que el nivel de ansiedad era significativamente superior al de los nativos israelíes. El desarrollo de los trastornos psicológicos constatados en la muestra del estudio seguía dos fases diferenciadas: la primera, fase de escalada, se producía en los 27 primeros meses de su llegada y se caracterizaba por la presencia de malestar psicológico); en la segunda, fase de reducción, el nivel de ansiedad disminuía hasta mantenerse en un nivel normal (Ritsner & Ponizovsky, 1999). Los mismos autores analizaron otro estudio con el objetivo de determinar el número de síntomas necesarios para detectar un síndrome de distrés psicológico (PDS) o sufrimiento emocional. Estudiaron una muestra de 1953 inmigrantes rusos residentes en Israel, 828 hombres (42.4%) y 1125 mujeres (57.6%), con un tiempo de residencia entre 1 y 66 meses. Los resultados mostraron una relación directa entre el número de síntomas de distrés psicológico y el diagnóstico de PDS, con una probabilidad del 73% para los inmigrantes recién llegados, y con una mayor frecuencia de síntomas entre las mujeres durante el proceso de aculturación (Ritsner & Ponizovsky, 1998).

En el ámbito europeo son numerosas las investigaciones realizadas comparando población inmigrante con población autóctona. En Dinamarca, Singhammer & Bancila (2011) realizaron un estudio con una muestra de 11.500 inmigrantes procedentes de la ex Yugoslavia, Irak, Irán, Líbano y Pakistán; encontraron que la tasa del estrés es el doble entre los inmigrantes, los problemas diarios de la vida cotidiana (estrés diario) son más numerosos entre este colectivo, sintiéndose más estresados y agotados que la población autóctona. Syed, Dalgard et al. (2006) realizaron un estudio de comparación en Noruega entre noruegos e inmigrantes pakistaníes. Los resultados indicaron que los pakistaníes manifestaban alto nivel de ansiedad, siendo la falta del apoyo social y las condiciones económicas los principales causantes de los problemas de salud mental. Otro estudio en el mismo país, con una muestra 1536 inmigrantes, encontró que una cuarta parte de la muestra sufría estrés psicológico, no constatando diferencias entre hombres y mujeres (Thapa & Hauff, 2004).

Factores Predictores Del Estrés En El Proceso Migratorio

Desde la perspectiva de los acontecimientos vitales en la teoría de Holmes y Rahe (1967) se ha sido considerado la emigración como un *life event* por sus repercusiones sobre los trastornos de la salud mental. En términos generales hay muchos factores considerados como vulnerabilidades del estrés en el proceso migratorio que dificultan éste. A continuación, revisamos las que han tenido más relevancia en esta área de estudio.

- **Factores socioculturales**

El inmigrante se encuentra desde el primer momento frente a grandes dificultades de adaptación, como hemos señalado con anterioridad: el escaso dominio del idioma, los conflictos de naturaleza cultural, la percepción de pérdida de estatus o las dificultades para encontrar un trabajo adecuado pueden llegar a ser algunos de los estresores más significativos en este nuevo contexto (Martínez, García et al., 1996). Entre los factores socioculturales que se relacionan con el estrés migratorio y, por tanto, constituyen estresores, destacan los siguientes:

- **Choque cultural:** por la pérdida de todos los signos y símbolos de las relaciones sociales familiares de la vida diaria se produce un *estado general de depresión, frustración y desorientación de la gente que vive en una nueva cultura* (Oberga, 1961; Brein & Kennethh, 1971). Cabe señalar que el choque cultural no es una enfermedad sino un hecho natural en el proceso de ajuste a una nueva cultura (Basabe, 2007; Martínez, Martínez & Calzado, 2006), especialmente cuando se pasa de una sociedad tradicional, colectiva y jerárquica a otra más individual postmoderna, o de una cultura de mayor experiencia emocional a otra de menos, lo que requiere un gran esfuerzo para adaptarse y comprender las nuevas pautas culturales del país de acogida (Zlobin, Basabe & Páez, 2004; Brein & Kennethh, 1971). En la nueva sociedad el inmigrante pasa por cuatro etapas (Oberga, 1961). La primera se da en los primeros seis meses; el individuo está fascinado por la nueva cultura (es lo que se conoce como “luna de miel”). En la segunda entra en contacto diario con la sociedad de acogida y empiezan las dificultades por el idioma, las normas culturales, etc., definiendo una etapa caracterizada por hostilidad y agresividad hacia la nueva sociedad. La tercera etapa se corresponde con el momento en que el inmigrante empieza aprender el idioma y las normas de la nueva sociedad. Por último, la cuarta etapa se da cuando por fin acepta las costumbres y las normas de la nueva sociedad sin experimentar sentimientos de angustia o frustración. El choque cultural se alimenta de dos fuentes: de los factores internos y los conflictos interpersonales, que dificultan una comunicación correcta con la cultura de acogida, desarrollándose conflictos de valores; y de los conflictos interpersonales que se producen a través de malentendidos culturales, como la incorrecta utilización de determinadas costumbres, tabúes y hábitos sociales (Díaz, 2000).
- **Distancia cultural:** otro estresor cultural al que debe enfrentarse en la nueva sociedad es la distancia cultural entre el país de origen y el país receptor. El concepto de cultura es fundamental para entender las diferencias entre las personas que proviene a de distintos países así como las dificultades que surgen en el proceso de adaptación a la nueva sociedad (Zlobina, Basabe & Páez, 2004). Cuanto mayor sea la distancia cultural entre las dos sociedades, mayor esfuerzo adaptativo debe realizar el inmigrante y mayor será la probabilidad de percibir un desbordamiento y sensación de pérdida de control frente a las demandas ambientales en relación con los recursos

disponibles (Martínez, García- Ramírez & Martínez, 2005; Martínez et al., 1996). Por el contrario, una mayor cercanía cultural exige un menor esfuerzo de adaptación, favorece una comunicación más fluida, y genera menos ansiedad e incertidumbre. Entre los contenidos culturales que marcan esta distancia destacan concretamente la religión, el idioma, la etnia.

- **Religión:** es especialmente relevante considerar, en el caso de los países árabes, la importancia del Islam como religión común de la mayoría de dichos países, ya que no sólo organiza la vida espiritual sino que regula también la vida social, política y económica de una sociedad en tránsito. El Islam confiere una identidad cultural al penetrar en todos o casi todos los órdenes de la vida cotidiana y la relación social (Diez, 2000). Muchos estudios han demostrado que la religión es un factor de protección y que las creencias religiosas tienen efectos positivos en la salud, siendo un factor importante en el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces. Por ejemplo, una mayor práctica del perdón contribuye a mejorar la satisfacción con la vida y la autoeficacia; y el apoyo religioso ha sido asociado a una disminución de la depresión (Othelia, Leea & Chana, 2009; Lee, 2007). Sin embargo, la religión puede ser también un factor de riesgo ya que muchos inmigrantes sufren otro tipo de discriminación precisamente debido a su religión, en especial los que practican el Islam, discriminación conocida como “islamofobia”. Este es un nuevo término que se refiere a una ideología muy similar en teoría, función y objetivo al racismo y otros fenómenos similares, siendo para muchos autores un término relacionado con el antisemitismo (Bloul, 2003; Desrues & Yruela, 2008), ya que se define como una actitud caracterizada por hostilidad sin fundamento hacia el Islam e incluye también las consecuencias prácticas de dicha hostilidad, como la discriminación injusta hacia individuos y comunidades musulmanas o la exclusión de los musulmanes en asuntos sociales y políticos.
- **Idioma:** entre los problemas iniciales que encuentran los inmigrantes de origen árabe, se halla el desconocimiento del idioma. Como señalan Solé & Izquierdo (2005), el conocimiento de la lengua del país receptor es un factor fundamental para poder integrarse y participar en la interacción simbólica con los demás de un modo satisfactorio, para así adquirir valores y objetivos propios de la sociedad de acogida.

Si el individuo no conoce, o lo hace parcialmente, la lengua de dicha sociedad, sólo podrá adoptar elementos superficiales de la cultura, y se encontrará fuera del sistema de interacción de la comunidad receptora. De hecho, aprender un nuevo idioma ya se relaciona por sí mismo con el estrés (Hovey & Magaña, 2000; Finch & Vega, 2003), a lo que hay que añadir que en el caso concreto de Cataluña, caracterizada por el bilingüismo, la coexistencia de dos lenguas exige un mayor esfuerzo a los inmigrantes (Solé, 2000).

- **Etnia:** es un término de uso relativamente reciente, se refiere a grupos de personas que son diferentes del grupo dominante en cuanto que comparten la cultura, las características biológicas, las raíces geográficas y la religión, todo lo cual crea un sentimiento de afiliación reforzado por el hecho de vivir y actuar juntos. Anteriormente se daba importancia a los lazos familiares pero, debido al incremento de la inmigración, en la actualidad se contempla un nuevo aspecto externo a la familia, como el que representa la etnia, ya que la identidad étnica tiene muchas dimensiones: social, cultural, simbólica, política y emocional (memoria colectiva) (Bloul, 2003). La experiencia de ser discriminado por motivo de raza, religión o pertenencia étnica es muy frecuente entre los inmigrantes de origen árabe y/o musulmán. Concretamente, el inmigrante marroquí se siente afectado por las actitudes de discriminación y se siente despreciado y mal visto por ciertos medios sociales españoles. Sabe que por ser “*moro*”-como se le denomina comúnmente-, está de antemano en una situación de alerta, de necesidad de mostrar que es diferente de los *moros malos*. Este hecho se traduce, en cierta tendencia al aislamiento y la automarginación, y en una “cierta manía persecutoria que le hace interpretar como agresión racista desencuentros de muy diferente índole, hecho que repercute sobre la imagen de la sociedad de acogida (El Harras, 2003). Algunos estudios han constatado relaciones entre el grupo étnico al que pertenece el inmigrante y la salud mental, como en el caso de inmigrantes marroquíes y turcos en Bélgica (Levecque et al., 2007), o en el Reino Unido, donde observaron que el pertenecer al grupo étnico afro-caribeño explica una gran proporción de esquizofrenia en comparación con otros grupos étnicos, tanto en la primera generación como en la segunda (Coid, Kirkbride, Barker, Cowden, Stamps, Yang & Jones, 2009). Probablemente el riesgo de desarrollar

esquizofrenia entre los inmigrantes negros que viven en países mayoritariamente blancos podría relacionarse con la desventaja social y el racismo (Sharpley, Hutchinson, McKenzie & Murray, 2001). Y si bien la historia familiar es un factor de riesgo importante a la hora de desarrollar un trastorno esquizofrénico, tal y como pone de manifiesto un meta análisis realizado por Cantor- Graae & Selten (2005) sobre la prevalencia de trastornos del ánimo y esquizofrenia entre primera y segunda generación de inmigrantes, también señalan que el estado de salud de los inmigrantes y las minorías étnicas es peor comparado con el de anglo-americanos o blancos. (American College of Physicians [ACP], 2004). Sin embargo la presencia de tales altos índices de psicopatología entre estos grupos étnicos no ha sido explicada de manera suficientemente satisfactoria desde el punto de vista biológico se ha propuesto que obedecen bien a la mayor frecuencia de creencias en aspectos religiosos y espirituales, que se relacionaría con una supuesta mayor frecuencia de alucinaciones y delirios en la población no blanca; o bien a errores de diagnóstico motivados por los prejuicios de los profesionales con pacientes pertenecientes a culturas que les parecen extrañas (García-Campayo & Sanz-Carrillo, 2002). Estos datos parecen confirmar la existencia de un sesgo racial discriminativo entre los profesionales sanitarios (Diez, García-Campayo & Sobradie, 2010). En consecuencia, los estudios muestran que la discriminación racial se asocia con peor salud física y mental, tanto en hombres como en mujeres. Además, la percepción de discriminación racial sería más fuertes entre las mujeres que entre los hombres (Borrel, Kiefe, Williams, Diez-Roux & Gordon-Larsen, 2006).

Género: más allá de la diferencia biológica que existe entre hombres y mujeres en aspectos anatómicos, cerebrales y fisiológicos, referida por el término sexo, el género recoge la constatación de que dicha diferencia biológica tiene lugar en una realidad sociocultural que da forma y contenido a las diferencias entre hombres y mujeres. El género es, por tanto, un constructivo que remite a un triple contenido: el biológico, definido por el sexo a partir de la diferencia natural, es decir, la vinculada al modo de reproducción de hombres vs. mujeres en tanto miembros de una especie sexuada; el sociocultural, impuesto por la cultura a través de normas, expectativas, preceptos... articulados mediante estereotipos y roles que configuran la conducta de hombres y mujeres por separado y, tradicionalmente, han establecido una división

de la realidad y de sus espacios basada exclusivamente en la pertenencia a uno u otro sexo; y el psicológico, que es la construcción que cada individuo hace de los anteriores contenidos y se traduce en la propia identificación personal y subjetiva de ser hombre o mujer, la identidad de género, lo que resulta especialmente relevante en las sociedades patriarcales donde el orden impuesto se basa en el control y el privilegio masculino sobre todo lo femenino, entendido como subordinado (Jayme & Sau, 2004; Colom & Jayme, 2004).

El género y la inmigración constituyen así dos dimensiones que se entrecruzan reforzando y profundizando la discriminación y la desigualdad de la mujer respecto al hombre manifestándose en dos aspectos (Solé, 2000; 2005): en primer lugar, en el carácter del trabajo de la mujer inmigrante, ya que muchas se instalan en la sociedad receptora encontrando un mercado laboral segmentado y segregado, horizontal y verticalmente, por el género y, a la vez, segmentado por la etnicidad. En segundo lugar, en la cuestión de la invisibilidad en la que se encuentran estas mujeres, no sólo en la jerarquía laboral y el tipo de tareas que realizan, sino también en la vida social. Es importante tener en cuenta que las mujeres que no tienen papeles se encuentran en una especial situación de desprotección e invisibilidad social que las hace aún más vulnerables a los abusos y la explotación (Pérez, 2008). La mujer siempre ha formado parte de la inmigración; sin embargo, su presencia ha sido ignorada desde los discursos académicos y científicos hasta los datos estadísticos: su identidad ha sido definida por sus relaciones con el hombre al que acompañaba en las migraciones (Soriano, 2006). Campani (2007), tras revisar la literatura sobre inmigración, diferencia tres fases en los estudios centrados en la inmigración femenina desde 1970:

- 1970-1980: se empieza a estudiar la mujer como protagonista, con independencia del hombre. Para ello hay dos tendencias: a) añadir a las mujeres como un variable dentro del proceso inmigratorio o b) presentar una descripción etnográfica de mujeres inmigrantes en los diferentes contextos.
- 1980-1990: se empieza a estudiar el movimiento migratorio femenino. Se hace consciente la relación entre la raza, la clase y la relación entre hombres y mujeres. Se observa que los hombres muestran y ejercen varias masculinidades y se reconoce

el cambio en las relaciones entre hombres y mujeres. Se consideran dos aspectos: a) la diferencia de género en la llegada de los inmigrantes y b) cómo la inmigración adapta la nueva desigualdad entre hombres y mujeres. Por ejemplo, se observa que a nivel mundial las mujeres inmigrantes a los países ricos trabajan como cuidadoras en el ámbito doméstico o bien en el ámbito sexual.

- 1990-Actualidad: se considera el género como un elemento clave en los estudios de la inmigración. Los estudios se centran en cómo influye en las diferentes prácticas, identidades e instituciones involucradas en inmigración. Ahora, habiéndose adoptado por fin la perspectiva de género, se incorpora éste en un sin fin de prácticas diarias, estructuras económicas y políticas debido a la globalización.

En general se puede distinguirse dos patrones de inmigración femenina. El primer patrón es el de la reunificación familiar: las mujeres que emigran hacia la reagrupación familiar donde es el hombre -el marido o el padre-, quien inicia la cadena migratoria para la familia, y es el que representa el caso de la mayoría de mujeres inmigrantes de origen árabe. El segundo patrón, todavía menos frecuente, describe que la mujer, al igual que el hombre, inicia la cadena migratoria en busca de una mejora de su situación económica (Sole, 2002). Pero además, a la emigración y la nueva situación, cabe añadir que las mujeres que viven en sociedades con una estructura patriarcal padecen más situaciones de estrés y dificultades psicológicas que sus congéneres masculinos, por tener menos recursos económicos y por tanto, menor autonomía y mayor dependencia del hombre, así como por padecer mayor explotación laboral y aislamiento social (Sayed-Ahmad, Río & Fernández. 2008).

Factores premigratorios

El proceso migratorio es un proceso heterogéneo, puesto que se refiere a un contenido subjetivo -cada persona tiene su experiencia antes y después de emigrar-. No obstante, se describen tres etapas básicas: la etapa de pre-migración, el proceso migratorio y la postmigración (Bhugra, 2004; Bhugra & Jones, 2001). La etapa pre-migratoria se relaciona con el motivo por el que el individuo decide emigrar y pone en marcha sus planes, sus habilidades sociales y el concepto psicológico de uno mismo. En esta etapa

las vulnerabilidades sociales o biológicas del inmigrante juegan un rol importante. Respecto a los motivos migratorios, aunque sean diversos, se constata que siempre hay uno común, subyacente: el económico, la esperanza de mejorar la situación socioeconómica y, por ello, enfrentarse a cambios bruscos tanto en el ambiente físico y económico como en el ambiente social (Zarza & Parados, 2007; Boneva & Frieze, 2001; Sánchez & López, 2008; Khalaf, 2003; San Juan, Vergara & Ocáriz, 2005; Pajares, 2008; Diez Nicolás, 2005). Así, una de las razones principales para emigrar a otro país es mejorar las oportunidades laborales, por lo tanto, el que ve el trabajo como eje central de sus vidas, emigra a países que tienen mejores resultados económicos. Por otra parte, existe otro grupo de inmigrantes que emigran por la reagrupación familiar, y por ende por el deseo de reunirse con la familia que constituyen una red social en el país receptor (Boneva & Frieze, 2001). De acuerdo con las teorías de la impulsión-atracción (push-pull), las personas se trasladan casi siempre desde regiones donde las rentas son bajas a otras donde son más altas, desde países con alta densidad de población a otros donde es menor, siempre en busca de mejores oportunidades económicas y políticas, así como mayores libertades (Ibarrola-Armendariz et al., 2007; Malgenini & Giménez, 2000; Diez Nicolás, 2005; Tizón et al., 1996).

Las migraciones, de acuerdo con Aguirre & Morales (1999), pueden ser temporales (exilio, desplazamiento laboral por contrato etc.), temporales reiteradas y cíclicas (recolección de cosechas, estacionales, etc.) e indefinidas (sin retorno). En el caso de la inmigración por motivo económico la mayoría de los inmigrantes, cuando abandonan su tierra, lo hacen pensando solo en un período de tiempo, por unos años, los que sean necesarios para mejorar su situación, su economía y poder volver “como si nada hubiera ocurrido”, pero la realidad es muy diferente (Tizón, 2004). Paradójicamente respecto a sus expectativas, la mayoría de los inmigrantes encuentran una situación muy difícil, caracterizada por la falta de oportunidades, dificultades de encontrar vivienda, racismo... incluso algunos, los “ilegales”, son perseguidos y acosados sistemáticamente por la policía, y otros desgraciadamente encuentran la muerte al atravesar el estrecho o al sufrir ataques racistas y xenófobos (Achetegui, 2009 a).

Sin embargo, los inmigrantes no constituyen un grupo homogéneo, sino que se estructuran como una compleja amalgama de individuos con vivencias particulares,

influidos por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida en el país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específica (García-Campayo & Carrillo, 2002), por eso no todos los inmigrantes viven el duelo migratorio de manera igual, siendo importante distinguir entre dos grupos principales: a) los que tiene residencia legal, sea permanente o temporal, teniendo una vida estable y b) los “ilegales”, que permanecen en el país de acogida ilegalmente ya sea porque nunca han tenido una autorización para residir en el país por haber expirado su periodo de estancia legal. Para algunos de los llamados “ilegales, sin papeles o indocumentados”, la entrada al país puede llegar a ser un riesgo para la salud y la vida (Zarza & Prados, 2007).

Sea cual sea el duelo migratorio que tienen que vivir, y sea cual sea su situación administrativa en el país de destino, los inmigrantes deben enfrentarse a la nueva cultura, al nuevo idioma, nuevas costumbres y establecer nuevas relaciones sociales e interpersonales. Por lo general, se experimentará nostalgia, tristeza y duelo por lo que se ha dejado atrás, por la pérdida de la lengua materna y parte de la cultura; a lo que se añade que, con frecuencia, resulta difícil llegar a entender las costumbres y conocer las estructuras sociales de la sociedad de acogida (Ibarrola-Armendáriz et al., 2007).

En resumen, como ya hemos señalado anteriormente, la inmigración es un fenómeno complejo, que provoca muchos cambios en la vida y en los comportamientos de los sujetos; para muchos es un acontecimiento estresante, una situación de crisis que puede haber sido, por un lado, el motivo de emigración o bien la consecuencia de la emigración (Grinberg & Grinberg, 1996; Fierro, 2012). Habrá múltiples razones diferentes para cada persona, pero una razón común es el deseo y la esperanza de comenzar una nueva etapa y lograr una mejora en la vida personal.

Factores postmigratorios

El inmigrante, durante su período inicial de residencia en el nuevo país, tiene que enfrentar cinco problemas básicos: la situación laboral (falta de acceso a un trabajo

normalizado), una situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Todos estos factores influyen en el estado de salud de los inmigrantes. Así Pernice & Brook (1996) realizaron un estudio con una muestra de 129 inmigrantes procedentes de diferentes países en Nueva Zelanda, encontrando que los factores postmigratorios se asociaban con síntomas de ansiedad y depresión más que los factores relacionados con las características demográficas. Además, constataron que la discriminación, no tener amigos, estar desempleado y no pasar mucho tiempo libre con su propio grupo étnico describen factores que afectan a las puntuaciones de ansiedad y depresión. Entre los factores postmigratorios que se relacionan con el estrés migratorio se destacan los siguientes: en primer lugar, la situación laboral. Constituye una importante fuente de estrés entre los inmigrantes, especialmente entre los inmigrantes económicos. De la falta de trabajo se derivan otras series de estresores relacionados tanto con la documentación necesaria para legalizar la estancia en el nuevo país, como con el aspecto económico (Martínez et al., 2005). El desempleo constituye un factor estresante para cualquier persona en la sociedad -la situación laboral ha sido relacionada con la presencia de ansiedad (Suárez-Hernández, Ruíz-Perera et al., 2011), pero en los inmigrantes tiene un especial efecto negativo tanto en su bienestar psicológico como en la adaptación a su nueva sociedad (Aycan & Berry, 1996; Pernice, Trlin, Henderson & North, 2000; Beiser, Johnson, & Turner, 1993).

A ello se suma que los sectores donde trabajan mayoritariamente son los de peores condiciones laborales mayor duración de la jornada laboral y riesgo de accidentes, según indican Pérez & Rinken (2005). En concreto el mercado de trabajo español es un mercado fuertemente segmentado, que ubica a los inmigrantes en los estratos más bajos de la estructura ocupacional y propiciando que sean víctimas de discriminación tanto en el acceso como en las condiciones de trabajo. Se produce una evidente segregación ocupacional de la población inmigrante según el país de origen y el sexo (Solé, Parella, Bergali & Gibert, 2002; Garcia 2010). Agudelo et al. (2008) realizaron un estudio cualitativo descriptivo con una muestra de trabajadores inmigrantes con y sin permiso de trabajo, a los que realizaron once entrevistas y con los que mantuvieron dos grupos de discusión. El análisis narrativo de contenido mostró que

los entrevistados asociaban sus problemas de salud con sus condiciones de vida, manifestando que constituyen limitaciones para la realización de actividades cotidianas. Se concluyó, por tanto, que el reconocimiento sociolaboral puede evitar la aparición de fenómenos de exclusión y discriminación. Otro estudio de Qiu et al. (2011) indicó una mayor prevalencia de síntomas de depresión entre los trabajadores inmigrantes comparados con la población general. Los trabajadores migrantes se caracterizan típicamente por ser jóvenes y sanos, y que van a trabajar en las zonas desarrolladas de mejores ingresos y una mejor vida. La buena salud es esencial para competir con otras personas en la búsqueda de puestos de trabajo e incrementar los ingresos. El apoyo social de los amigos indica que los colegas y nuevos amigos son los recursos principales de la vida social y apoya a los trabajadores migrantes.

Otro factor relacionado es el estatus social del inmigrante, el pertenecer a una clase social desfavorecida es considerado como un factor de riesgo de problemas psicológicos (Berg, Melle et al., 2011; Levecque et al., 2007) porque implica estar expuesto a un número de sucesos estresantes al disponer de un repertorio menor de recursos materiales y psicológicos, con lo que el control que puede ejercerse sobre el medio social es menor y las estrategias de afrontamiento resultan más deficitarias y menos exitosas (Alvaro & Páez, 1996). Los resultados del estudio de De Maioa & Kempa (2010) confirman claramente la relación inversa entre un gradiente socioeconómico y el aumento de los niveles de los sentimientos de tristeza, depresión y soledad.

A ello cabe añadir la situación jurídica, uno de los problemas prioritarios junto con el de encontrar trabajo: tener los papeles en regla para acceder el mercado de trabajo (Diez Nicolás, 2005) -en España la situación jurídica se regulariza con seis meses de estancia en España más un contrato laboral de al menos seis meses-. La falta de permisos de residencia puede constituir un estresor cotidiano importante y, en consecuencia, incidir en los niveles de estrés (Finch & Vega, 2003; Ramos-Villagrasa & García-Izquierdo, 2007) o ansiedad (Navarro & Rodríguez, 2003; Barro et al., 2004), lo que a su vez puede aumentar la mayor vulnerabilidad económica y social (Agudelo-Suárez et al., 2009; Ochoa, Vicente & Lozano, 2005; Barro et al., 2004; Malagón, 2005). No obstante, al respecto hay resultados contradictorios, como el estudio de Patiño & Kirchner (2009), en el que no hallaron una relación significativa entre la legalidad “tener el permiso de

residencia”- y la percepción del estrés en inmigrantes colombianos residentes en Barcelona. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2008) considera que la situación de los trabajadores inmigrantes indocumentados o ilegales es, por sí misma, perjudicial para la salud debido a varios motivos:

- La clandestinidad implica una situación de no ajuste a las leyes de inmigración de los países receptores y lleva a una total desconsideración por la seguridad física de este tipo de personas.
- La explotación a menudo asociada al trabajo del inmigrante -ilegal o legal-, que suele realizar ocupaciones poco cualificadas en sectores que escapan al cumplimiento de las normas laborales.
- Las nuevas condiciones de trabajo, que favorecen el incremento de riesgos para la salud, manifestados principalmente por accidentes de trabajado ocasionados por movimientos repetitivos y exposición a sustancias tóxicas.
- El impacto de la transculturación sobre los estilos y condiciones de vida.
- La exclusión de los inmigrantes al acceso a los servicios y programas de salud de los países receptores, en especial de la seguridad social, y la carencia de recursos para la cobertura privada, lo que impide recibir la atención médica básica que evite el agravamiento de su estado de salud.
- La exclusión de los programas preventivos y de promoción de la salud por la ausencia de redes de apoyo y por la falta de materiales cultural y lingüísticamente apropiados.

Por último, cabe mencionar el tiempo de permanencia en la sociedad receptora. Diferentes trabajos indican que el paso del tiempo afecta la salud del inmigrante (Gee, Ryan, Laflamme & Holt, 2006; Alderete, Vega et al. 2000; De Maioa & Kempa, 2010), debido a la los estresores de la nueva vida (Bhugra & Jones 2001; Fuertes & Martín Laso, 2006; Pardo, Engel & Agudo, 2007). La ausencia de recursos de comunicación y el desconocimiento del contexto social impiden la satisfacción, lo que se asocia con problemas psicológicos (Martínez, 2005).

Capítulo II. Síndrome De Ulises

El Síndrome de Ulises (en adelante SU) describe *un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas*, una respuesta de sujetos sanos y sin antecedentes al trastorno mental, es un problema social causado por la globalización. En él se relacionan unos estresores muy específicos e intensos derivados de la migración y la aculturación y una constelación de síntomas. En este proceso se relacionan los conceptos de estrés y duelo. Por lo tanto, a más pérdidas-duelo, más nivel de estrés. Por tanto, el concepto del Síndrome de Ulises (SU) en el contexto actual hace referencia a un proceso reactivo, vinculado a estresores bien identificados como causa del mismo, y reversible en el sentido de que el cuadro desaparece cuando desaparecen los estresores. Los fenómenos psicológicos que se dan cuando la persona emigra tienen estrecha relación con lo que deja atrás: la familia, los amigos, la tierra, la cultura y, en definitiva, la historia particular de cada una. Para entender bien estos fenómenos Achotegui (2002; 2003; 2006; 2008; 2009 a) desarrolló el modelo VEDA (ver Figura 1):



Figura 2. Modelo de VEDA. (Fuente; Achotegui, 2009a)

Así desde la perspectiva del modelo VEDA, los síntomas que vemos en los inmigrantes son integrados en el conjunto de sus vivencias, de manera que podemos ver el grado en el que éstas afectan a la elaboración de los duelos. El inmigrante mantiene un equilibrio dinámico que se halla continuamente puesto a prueba por estresores internos y externos, constituyendo la elaboración del duelo migratorio la esforzada búsqueda de un nuevo equilibrio. Achotegui (2009a) ha desarrollado una escala aplicada a la inmigración con relación a los siete duelos que él diferencia y que tratamos más

adelante, mediante la cual evalúa los factores de riesgo, valora e intenta establecer el riesgo de desarrollar problemas, con los siguientes objetivos en el marco asistencial:

- Proporcionar criterios de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración, de modo que permitan establecer la comparación de la situación de riesgo de los usuarios que son atendidos en los servicios asistenciales.
- Proporcionar, a partir de la evaluación efectuada, criterios consensuados y objetivables sobre cómo distribuir los recursos asistenciales (habitualmente escasos) de modo equitativo y así definir las áreas en las que existen factores de riesgo y en las que se ha de intervenir para optimizar los recursos asistenciales en los problemas reales del demandante.

Achotegui (Achotegui, 2002: 2004; 2006; 2009a) considera que la elaboración de los duelos se halla modulada por dos factores especialmente relevantes: vulnerabilidad y estresores.

A continuación, se describen ambos.

Vulnerabilidad

Los factores internos de estrés son aquellas variables propias del individuo directamente relacionadas con la respuesta de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés (González de Rivera, 1991). La vulnerabilidad se entiende como una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa cuando se considera que realmente pone en peligro al individuo. Hay que tener en cuenta la susceptibilidad a reaccionar con estrés psicológico ante un amplio grupo de acontecimientos, susceptibilidad que viene determinada por un conjunto de factores personales, entre los que se incluyen los compromisos, las creencias y los recursos. Cuando mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso (Lazarus & Folkman, 1986). La relación entre vulnerabilidad y emigración describe el conjunto de las

limitaciones que posee un sujeto cuando emigra y que constituyen un factor de riesgo para su salud mental (Achotegui, 2002). Los factores moduladores están constituidos por variables tanto del medio como del individuo, no directamente relacionadas con la inducción o la respuesta de estrés, pero que sin embargo condicionan, modulan o modifican la interacción entre factores externos e internos. Los estados afectivos, el apoyo social, y la capacidad de control son algunas de las variables características de este grupo (González de Rivera, 1991).

Estresores

Cualquier situación potencialmente generadora de estrés puede ser definida como estresor, con independencia del individuo que se enfrenta a la misma. El comportamiento del sujeto, adquiere un valor de estrés según el modo en el que el sujeto las percibe y valora funcionalmente como con capacidad para desbordar los recursos adaptativos de que cree disponer (Fierro, 1996). Por tanto, el término *estresor* denominaría todo aquello susceptible de generar estrés. Las situaciones estresantes son aquellas que pueden tener trascendencia para las personas, que implican cambios significativos en su vida cotidiana. Estas situaciones tienen características como amenaza la seguridad de la persona (seguridad personal, económica o personal), implican la toma de decisiones difíciles, la obligación de asumir responsabilidad y/o riesgos considerables, o la necesidad de actuar en poco tiempo, y propician la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso (Buceta & Bueno, 2001; Sandí, Venero & Cordero, 2001; Sandín, 2003; Fernández-Abascal & Sánchez, 2002; Polanio-Lorente & Truffino, Armentia, 2003) señalan que hay cuatro tipos de estresores:

- **Físicos:** son aquellos estímulos que inciden sobre las constantes del organismo del sujeto, como calor, ruido, etc.
- **Psicológicos:** están determinados por la importancia que el individuo da a las situaciones de miedo, soledad, tristeza, etc.
- **Sociales:** agrupan una gran diversidad de situaciones relacionadas con las interacciones que el individuo establece con los congéneres de sus entornos,

y pueden ser tan negativas como positivas, pero no afectan por igual a todas las personas, dependiendo de la percepción del estresor y la capacidad y la preparación del individuo para afrontar el estrés, así como de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad.

- **Biogénicos:** alteran directamente el proceso de activación fisiológica, sin la mediación de los procesos psicológicos. Los estresores biogénicos no utilizan los mecanismos de valoración cognitiva y actúan directamente en los núcleos elicidores neurológicos afectivos.

Desde la perspectiva de la intensidad, Achotegui (Achotegui, 2002; 2004; 2006; 2008) diferencia tres tipos de estresores: *simples*, dificultades leves del medio que no impiden la elaboración del duelo migratorio; *complicados*, dificultades relevantes del medio pero que con esfuerzo pueden permitir la elaboración del duelo migratorio y por último *extremos*, referidos a limitaciones muy graves del medio que impiden la elaboración del duelo migratorio, como la imposibilidad de trabajar legalmente, tener que vivir escondido, etc. Estos estresores son las características del Síndrome de Ulises, que el autor clasifica en cuatro tipos:

Soledad, separación de la familia

El duelo por la familia, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños o padres ancianos y enfermos a los que no se puede traer consigo ni ir a visitar porque habría imposibilidad del retorno al país de acogida al no tener papeles. En los momentos más difíciles es cuando se nota más esta separación, provocando un sentimiento de aislamiento difícil de soportar. Esta situación afecta también a los inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, por no tener suficientes recursos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Desde el punto de vista psicológico mantener las familias unidas ayuda a elaborar mejor las situaciones extremas. La soledad ha sido reconocida como un problema de salud pública que requiere la atención de médicos e investigadores cuando deriva a aislamiento social, una reacción frente la pérdida, el abandono y la falta de apoyo social, lo que explica la relación entre

soledad y problemas de salud mental entre los inmigrantes (Ponizovsky & Ritsner, 2004). Para Achotegui (Achotegui, 2002; 2008; 2009b) la soledad es un gran sufrimiento que se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos.... además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas que en los países occidentales, por lo que resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo. Pocos lugares como el locutorio simbolizan mejor la imagen de este duelo que tiene que ver con los vínculos con duelos que producen las separaciones.

Fracaso del proyecto migratorio

El sentimiento de fracaso que surge cuando el inmigrante no logra salir adelante al tener dificultades de acceso al mercado de trabajo “los papeles”, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel de deudas, riesgos físicos...) ver que no consiguen salir adelante es extremadamente penoso. Esta situación afecta también a los inmigrantes que están en situación de “semilegalidad”, aquéllos que tuvieron papeles, pero los han perdido debido a la crisis económica y no han podido renovar el contrato de trabajo. Además, son también víctimas de engaños, abusos y estafas laborales, al ser muy dependientes de los patronos para obtener trabajo.

La lucha por la supervivencia

La exclusión social de los inmigrantes muchas veces sobreviene, por razones estructurales, “irregular”. Se ven forzados a aceptar trabajos mal remunerados y de bajo estatus que los locales han rechazado, se ven obligados a vivir en barrios marginales y/o infraviviendas, y en general, apenas pueden acceder a los “sistemas del bienestar social” (Molero, Navas & Francisco, 2001). El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia, lo que refiere a dos grandes áreas:

- La alimentación, pues con frecuencia estas personas se hallan subalimentadas, tienden a comer alimentos de baja calidad, con bajo índices de proteínas, habiendo una relación entre mala alimentación, fatiga y cefaleas. El bajo poder adquisitivo y el hecho de enviar caso todo el dinero a sus familiares también contribuye a crear

esta situación (Achotegui, 2002).

- La vivienda, uno de los aspectos más importante a la hora de valorar la situación social del inmigrante (Pérez & Rincken, 2005). Es frecuente encontrar casos de viviendas donde se hacinan muchos inmigrantes a precios abusivos y en malas condiciones higiénicas (casas pateras) (Ruvira, 2008), Muchos de ellos se establecen en áreas rurales aisladas, en busca de trabajo, y sin acceso a servicios mínimos para cubrir las necesidades básicas (Achotegui, 2002;2004: 2006; 2009a; Pérez & Rincken, 2005).

Terror, miedo, indefensión

El inmigrante siente miedo, incluso terror, debido a los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los camiones, etc.), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc., pero también siente miedo a la detención y expulsión, a los abusos... y a ello se suma la dificultad de encontrar su lugar, “su sitio”, dentro de la nueva comunidad, para así recuperar la posición social y el estatus profesional que tenía en su país nativo. Pero en el país de acogida nadie lo conoce y el sentirse una persona anónima aumenta su inseguridad interna (Ginberg & Ginberg, 1996). El miedo a la pérdida de la integridad física es más desestabilizador que el miedo psicológico, y el estrés crónico potencia el condicionamiento del miedo respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Estos cuatro estresores dan lugar a un estrés prolongado e intenso que son potenciados por los siguientes factores (Achotegui 2002; 2006; 2008; 2009 a; 2009b):

- **Multiplicidad y cronicidad:** Los estresores se potencian y el estrés es acumulativo.

Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años, sometidos a las dificultades de su vida.

- **Ausencia de sensación de control y de red de apoyo social:** las personas que poseen relaciones significativas con otras personas tienden a ser más saludables y viven más que las que se aíslan socialmente (Brody & Ehrlichman, 2000). Si una persona padece estrés, pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. En la población inmigrante los recursos naturales de apoyo social se refieren a los miembros de las redes sociales de pertenencia, ya sean integrantes significativos de la red de origen o sean nuevos vínculos en la comunidad de acogida, ya que el apoyo social de tipo familiar ayuda a afrontar muchos estresores en su nueva vida (Martínez, 1997). Así, diversos estudios muestran que los inmigrantes con mayor soporte social y contacto con familiares cercanos tendrían menor incidencia depresiva, considerándose que el apoyo psicosocial actuaría con un efecto protector ante los estresores (Navarro & Rodríguez, 2003; Montoro & López, 2013), al actuar como un recurso positivo que ayudaría a los sujetos a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades emocionales, informativas y materiales, protegiéndoles a su vez de la depresión (García, Ramírez, & Jariego, 2001; Martínez, García & Maya, 2001) encontraron que el apoyo social actúa como un recurso positivo que ayuda a los inmigrantes a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades (emocionales, informativas y materiales), protegiendo a los mismos de la depresión.
- **Intensidad y relevancia de los estresores:** nos referimos a los estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo.
- **Los duelos clásicos de la migración:** lengua, cultura, paisaje, xenofobia...el estrés aculturativo vivido de modo extremo.
- **El sistema sanitario:** sea por banalización, desinterés, desconocimiento del tema, falta de sensibilidad o incluso racismo... el sistema sanitario no trata adecuadamente este cuadro. Los inmigrantes son diagnosticados erróneamente y tratados como depresivos, psicóticos o como enfermos somáticos, actuando el sanitario como nuevo estresor.

Capítulo III. Duelo Migratorio

La palabra duelo proviene del latín *dolo*, que significa tallar piedra o madera golpeándola: en definitiva, refiere a un trabajo. Achotegui (2009b) lo remite a la esforzada búsqueda de un nuevo equilibrio, a la reacción psicológica de las personas que se enfrentan ante una pérdida significativa. Todas las pérdidas o frustraciones, si se acompañan de su representación mental, si son percibidas a nivel consciente o inconsciente como tales, despiertan toda una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión; desde la protesta a la desesperanza (Tizón 2004). Para Freud el duelo es una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, determinados ideales, etc. (Espinosa, 2001). Bowlby (1993) explica el carácter del duelo según dos aspectos: a) debido a la naturaleza persistente e insaciable del anhelo para la figura perdida, el dolor resulta inevitable; b) el dolor que sigue a la pérdida es el resultado de un sentimiento de culpa y del temor a la respuesta. Llegando a este punto Achotegui (Achotegui, 2000; 2002; 2009b) define el duelo como un proceso de reestructuración de la personalidad que tiene lugar cuando hay una separación o una pérdida de algo que es significativo para el sujeto. El término “proceso” pone de relevancia que se trata de un acontecimiento temporal, diacrónico, “de reestructuración de la personalidad”, basado en la idea de que el funcionamiento previo de la personalidad ha sido alterado por las frustraciones y el dolor ocasionado por la pérdida y debe ser restablecido. Constituye un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y, en particular, las relaciones con los demás (Ginberg & Ginberg, 1996).

La inmigración es un acontecimiento de la vida que da lugar a todo un conjunto de emociones. En términos generales y desde el punto de vista psicológico la inmigración es un cambio vital que tiene una parte de tensión y estrés que se denomina “duelo migratorio”.

El término duelo significa “dolor” pero también “desafío o combate entre dos”: ambas definiciones pueden aplicarse tanto al sufrimiento provocado por pérdida de objeto y de partes del yo proyectadas en el sí mismo, como también al enorme esfuerzo psíquico para recuperar la unión con la realidad de lo perdido y asimilar los aspectos positivos. Los que emigran experimentan “dolor” por lo que dejan y afrontan un “desafío” ante lo que les espera (Ginberg & Ginberg, 1996). Tizón (2004), por su parte, refiere duelo migratorio al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el sujeto en duelo, el deudo, aquélla con la que estaba psicosocialmente vinculado.

Es un duelo parcial

El duelo migratorio no es un duelo por una pérdida o una desaparición: es un duelo por una separación. Dos elementos básicos delimitarían el duelo migratorio: a) el tiempo, el período en que el inmigrante está fuera y debe asimilar los cambios en el país de origen, como en su persona; y b) el espacio, la distancia que separa al inmigrante de su país de origen.

Es un duelo recurrente y de larga duración

En el caso del inmigrante que tiene contacto con el país de origen (por vacaciones, por teléfono, televisión parabólica, Internet.) la elaboración de la separación es más compleja de elaborar. Reavivar los vínculos con el país de origen sigue siempre consciente, y a veces inconsciente, en la vida del sujeto. Muchas veces se expresa con la fantasía del regreso ante las situaciones de crisis o fracaso, situaciones en las que el inmigrante vuelve hacia atrás, hacia su cultura de origen. Las fantasías de regreso se hallan íntimamente relacionadas con del duelo migratorio. El hecho de que, ante una situación de crisis se intente evitar el dolor volviendo junto al objeto conocido y seguro (el país y la cultura de origen) es bien comprensible psicológicamente. Sin embargo, el hecho de que exista la posibilidad real de “echarse atrás” alimenta claramente la vigencia e intensidad de las fantasías de regreso, especialmente cuando las cosas no van bien en el país de acogida. Así pues, otros

duelos interactúan y reactivan el duelo migratorio.

Es un duelo vinculado a aspectos de la infancia muy arraigados

La infancia es para los seres humanos una de las etapas donde se forman y desarrollan unos vínculos de lengua, cultura y entorno familiar que serán muy importantes para su desarrollo posterior, es como la base de su futura personalidad. En la edad adulta la personalidad está formada y la realidad que les toca vivir va a actuar sobre algo ya construido que sólo podrá ser modificado mínimamente. El inmigrante estará condicionado por sus vivencias en la infancia y de ellas se derivan en parte sus dificultades de adaptación a una realidad desconocida. En la infancia, las vivencias poseen raíces emocionales ya que las áreas límbicas, el hipocampo, "el cerebro emocional", es el que tiene más peso en la estructura de las primeras relaciones materiales que rodean al niño. Así pues, se entiende que el primer contacto que tenemos con el mundo no es racional sino emocional, una realidad que queda marcada a nivel neuronal (que sería diferente según la realidad vivida). Por ello si la emigración tiene lugar en la infancia, el cerebro tiene todavía mucha plasticidad para adaptarse a los cambios, y el niño se adaptará y vivirá el nuevo país como propio. Estos vínculos tienen que ver con el apego, con el instinto (Bowlby, 1998); observando la conducta de los niños separados de sus madres se ha constatado que los niños de 1 a 4 años pasan por tres fases, cada una de ellas planteando un problema diferente: protesta: angustia por la separación; desesperanza de la pena y el duelo; y desapego: la defensa.

Es un duelo múltiple

El duelo migratorio es un duelo múltiple. Posiblemente ninguna otra situación de la vida de una persona, incluso la pérdida de un ser querido, supone tantos cambios como la migración. Achotegui (2002; 2004; 2006; 2008; 2009a; 2009b) considera que, como mínimo, en la migración pueden distinguirse siete duelos.

- **Duelo por la familia y los seres queridos:** En este duelo hay dos partes: a) duelo por lo que se deja atrás, en este caso, la distancia, la separación de los seres queridos y estrés y b) duelo por el esfuerzo que supone adaptarse a lo que

viene delante, en este caso la búsqueda de nuevas relaciones afectivas.

- **Duelo por la lengua:** Con anterioridad se ha expuesto lo que supone el concepto de lengua para el inmigrante y el esfuerzo que ha de realizar para aprender la lengua del país de acogida.
- **Duelo por la cultura:** El inmigrante ha de elaborar por un lado el duelo por la disminución o la pérdida de contacto con la cultura de origen y por otro lado el esfuerzo de contactar y adaptarse a la nueva cultura.
- **Duelo por la tierra:** Luminosidad, colores, olores, paisaje, temperatura etc. son aspectos que tienen una importancia emocional. El inmigrante elabora el duelo por lo que deja atrás y el estrés que supone adaptarse a la nueva tierra.
- **Duelo por el estatus social:** Se relaciona con papeles, trabajo, vivienda, acceso a las oportunidades, etc. La migración en general busca una mejora del estatus social y, con frecuencia, se pierde la que se tenía.
- **Duelo por el contacto con el grupo de pertenencia “étnico”:** El inmigrante ha de elaborar el duelo de la disminución o pérdida de contacto con su grupo de pertenencia y el estrés de contactar con un nuevo grupo de pertenencia
- **Duelo por los riesgos para la integridad de la persona:** El inmigrante pierde la seguridad física que tenía en su país de origen, y debe afrontar el estrés de los nuevos riesgos físicos con los que se encuentra en la inmigración.

Es un duelo que afecta a la identidad

La identidad implica el sentimiento de uno mismo ante los demás, sentimiento capaz de crear un marco que ralentiza, impide o facilita la integración del individuo en una comunidad que no siente como propia. Cada grupo social se caracteriza por una identidad social y cultural, por la existencia de una interacción entre sus miembros y por una determinada producción social orientada a conseguir sus objetivos y satisfacer sus necesidades. En síntesis, cada grupo social se configura como sistema sociocultural, y la identidad y la conciencia colectiva ofrecen un marco explicativo para la integración en ese sistema sociocultural (Garreta, 2003). La inmigración genera una crisis global y relevante

en el individuo que puede hacer tambalear la propia identidad. Como indican Molero et al. (2001), las minorías étnicas que viven en condiciones de precariedad económica y marginación social en las sociedades receptoras se encuentran con dificultades de todo tipo para preservar su identidad. Así, si el inmigrante se adapta a la nueva cultura, puede sustituir el duelo por el hogar perdido a través del sentimiento de pertenencia a esa nueva cultura (Díaz, 2000). En este sentido, Achotegui (2002; 2006; 2008; 2009a) ha confirmado que, si el inmigrante logra elaborar adecuadamente el duelo migratorio, se convierte en alguien que ha "construido" una nueva identidad más compleja y más rica.

Es un duelo que conlleva una regresión psicológica

Cuando el inmigrante tiene que resolver tantos cambios a la vez se siente inseguro adoptando actitudes regresivas que, psicológicamente, se entienden como un retroceso a actitudes infantiles. Esta regresión a la infancia tiene tres vías de expresión: conductas de dependencia, queja infantil y sobrevaloración del líder, como explicamos a continuación.

Conductas de dependencia

En esta forma de regresión, el inmigrante adopta una actitud de sumisión ante la autoridad, como el niño ante la figura paterna. Ante esta situación el personal asistencial favorece también la dependencia al actuar de forma paternalista, favoreciendo que el inmigrante se infantilice, dado que el paternalismo favorece la exclusión social al disminuir el crecimiento y el desarrollo personal del sujeto, lo cual supone tanto un impedimento para su desarrollo como un ataque a su dignidad. Por ello es muy importante que los servicios asistenciales, ante las demandas de ayuda del inmigrante, siempre le pidan algo a cambio, aunque sea de forma simbólica, para así mantener la autoestima y la salud mental del sujeto. Además, el que reclama ayuda se acomoda y cada vez pide más y crea un rechazo inconsciente del dador que acaba viéndolo como un parásito, por lo que este tipo de intervenciones suelen ser negativas.

La queja infantil

Consiste en una actitud regresiva ante la frustración y el dolor -la "pataleta". Es un

proceso de no expresión del duelo, por lo que se denomina “duelo congelado”: al no ser capaz de elaborar sus sentimientos ante la autoridad, el inmigrante se siente indefenso y “congela” el duelo. Pero ante los servicios asistenciales sí es capaz de mostrar duelo y frustración, por lo que tiende a protestar más con éstos, precisamente donde mejor les tratan. Psicológicamente esta actitud se entiende como que los servicios asistenciales hacen de contención, aguantan las quejas y la frustración de los inmigrantes.

Sobrevaloración de los líderes

Esta conducta regresiva que se vive en algunas de las etapas del duelo migratorio es una reacción natural ante el estrés y la tensión a los que se halla sometido el inmigrante. La Psicología Social señala que cuando hay una situación de peligro los seres humanos “nos militarizamos”, es decir, buscamos una autoridad externa, un jefe, sin considerar que los líderes no siempre son honestos y pueden utilizar los conflictos en su propio beneficio. Para la Psicología Evolucionista la gente es más bien crédula y tiende naturalmente a esta regresión, que no se debe confundir con debilidad o incapacidad.

Es un duelo que implica ambivalencia hacia el país de origen y el país de acogida

El inmigrante tiene sentimientos entremezclados de amor hacia su país de origen con el que mantiene vínculos muy fuertes, y de rabia porque tuvo que marcharse por la falta de oportunidades. A la vez, siente odio hacia el país de acogida debido al esfuerzo de adaptación que le supone a pesar de las oportunidades. Y esta mezcla de sentimientos le impiden a desfrutar de lo que tiene en el país receptor y en el país de origen.

Es un duelo que afecta a los autóctonos y a los que se quedan en el país de origen

La inmigración es un proceso que afecta tanto a la sociedad receptora (Bhuir, 2004) por la amenaza que supone al sentimiento de identidad grupal, la pureza de su idioma y sus creencias en general (Grinberg & Grinberg, 1996), como a la sociedad de origen, por los familiares que se quedan en el país de origen, por la ausencia de los que se han ido que viven la separación, muchas veces por largos años, de sus seres queridos. La cuarta parte de los hijos de los inmigrantes en España residen en sus países de origen (Requena & Reher, 2009), por lo cual estos niños vivirán una infancia huérfana; los hijos mayores notan la

ausencia de sus progenitores con la fantasía de que nunca más los volverán a ver, pero es que incluso llegan a perder el contacto con sus padres, a los que muchas veces ni siquiera conocerán (Tizón, 2004).

Es un duelo por el que el regreso del inmigrante es una nueva migración

Con el retorno se origina otra migración. Tanto el país de origen como en la personalidad del inmigrante se han producido muchos cambios. Ante esta nueva situación el inmigrante vuelve a repetir la situación inicial, el duelo por lo que ha dejado detrás en el país de acogida. En esta nueva adaptación resulta muy positivo que el inmigrante haya alcanzado una solvencia económica, cultural y emocional. En situación actual de crisis económica muchos inmigrantes vuelven fracasados y son rechazados en su ambiente social y familiar.

Es un duelo transgeneracional

La elaboración de esta larga lista de vivencias que hemos descrito en los apartados anteriores lógicamente no se agota en la persona del inmigrante, sino que continúa también en sus hijos y podría continuar en las siguientes generaciones si los inmigrantes no llegan a ser ciudadanos de pleno derecho en la sociedad de acogida. En la migración extracomunitaria, desgraciadamente de actualidad, también hay circunstancias que impiden la integración de los inmigrantes y que se transmiten a las siguientes generaciones, que constituyen el testigo de la exclusión social. Los hijos de los inmigrantes que han nacido en el país de acogida no son inmigrantes, sino que son autóctonos de hecho, pero con frecuencia viven un duelo migratorio más complejo que el de sus padres, ya que a través de ellos han interiorizado la cultura paterna. Además, el grado de elaboración del duelo migratorio de los padres ejerce una profunda influencia sobre las actitudes que adopten sus hijos hacia el país de acogida. Es diferente la situación y el contexto en que se encuentran los inmigrantes y sus hijos, si sus padres han tenido que esforzarse para adaptarse al nuevo país, pues en ese caso los hijos se hallan mejor situados en la sociedad y pueden manejar mejor los medios para expresar sus protestas (Achotegui, 2002).

Elaboración del duelo migratorio

El proceso migratorio está marcado por varias etapas. La primera se caracteriza por un sentimiento de pérdida, miedo a lo desconocido, desamparo y soledad. Estos sentimientos producen una gran confusión, por la que el inmigrante minimiza la importancia del cambio o, por el contrario, la magnifica. En la segunda etapa prevalece un sentimiento de nostalgia y de pena por el mundo abandonado. El inmigrante es consciente de su realidad y esto hace que sea más fácil su incorporación a la nueva cultura de forma progresiva. Recupera sus vivencias pasadas y su capacidad de hacer proyectos de futuro, sin que éstos impidan su relación con el pasado y sus vivencias del presente. En esta etapa podría considerarse que se ha realizado la elaboración del duelo por el país de origen, hasta donde es posible hacerlo, ya que tal vez sea un proceso que, totalmente, no se termina nunca. Esta elaboración facilita la integración de la cultura nativa con la cultura nueva, sin tener que renunciar a ninguna de ellas. Por lo tanto, promueve un enriquecimiento del yo con la consolidación de, podríamos decir, un sentimiento de identidad remodelado (Grinberg & Grinberg, 1996).

Como hemos dicho, el duelo migratorio es un duelo complejo y se da en todo proceso migratorio. Es una verdadera crisis existencial donde se va confrontado con el caos y con los aspectos incontrolables de la existencia. Y esa misma crisis también puede servir para crecer, o para debilitar y enfermar, dependiendo de cómo se afronta. En la elaboración del duelo hay una serie de procesos psicológicos que se inician con el impacto afectivo y cognitivo de la pérdida y terminan con la aceptación de la nueva realidad del sujeto. El duelo bien elaborado ayudará a integrar de manera crítica las nuevas circunstancias; es decir las dos culturas, dos países, los dos grupos, etc. Esto da lugar a la consolidación y reorganización del sentimiento de identidad sin renunciar al anterior, logrando así mejor autoestima y estabilidad emocional. (Sayed-Ahmad, Río & Fernández, 2008).

Achotegui (2002; 2008) diferencia tres tipos de duelo en correspondencia con los tipos de estresores antes mencionados: el simple, que es el que ocurre en buenas condiciones y puede ser superado; el complicado, que se produce cuando existen serias dificultades para la resolución del duelo; y por último, el extremo, que supera las capacidades de adaptación de la persona y resulta tan problemático que no es elaborable, correspondiendo a la situación que considera el Síndrome de Ulises. Como consecuencia de los aspectos anteriormente mencionados, los estresores extremos del Síndrome de Ulises

-el miedo, la lucha por supervivencia, la soledad forzada- afectan de modo relevante al sujeto. También ejerce un rol muy importante el tipo de vínculo que el inmigrante estableció con sus objetos internos. Si dicho vínculo le permitió poder integrar su yo y distinguir entre fantasía y realidad externa, el inmigrante tendrá la capacidad de elaborar esos cambios internos y externos que provoca la emigración (Sánchez, 2001). El tipo de elaboración del duelo o de afrontamiento del estrés desde la perspectiva cognitiva constituye otro factor muy importante que tendrá gran influencia en si el sujeto sale adelante o cae en la enfermedad. Además, el síntoma ha de ser comprendido como un elemento ligado a la adaptación desde una perspectiva evolucionista.

Así mismo, se han identificado unos mecanismos de defensa comunes utilizados en la elaboración del duelo migratorio, que por su importancia describimos brevemente a continuación:

- **Negación:** a los cambios vividos y la influencia del proceso, expresados mediante dos posibles actitudes que se hallan más presentes al inicio de la migración: a) quitar importancia a las pérdidas o b) considerar que da igual la diferencia porque no les afecta. Cuando pasa el tiempo la evidencia es fuerte y no se puede seguir con la negación a no ser que la persona se encuentre en una fuerte desadaptación psíquica. La negación en el inmigrante está ligada al área de confusión.
- **Proyección:** sacar fuera de uno mismo lo malo –considerar que “las malas intenciones”, “lo malo”, lo tienen los otros-, de modo que no se asumen las propias dificultades.
- **Idealización:** una forma de distorsión de la realidad en la que se exageran las cualidades de algo. En este caso, puede ser del país de origen o el país receptor, negándose sus defectos ya que éstos resultarían dolorosos de aceptar -por ejemplo, considerar que el país de origen es el más bonito-. Desde el psicoanálisis se sostiene que la idealización, a pesar de que es un funcionamiento psicológico muy común, e incluso valorado socialmente, constituye una defensa en el sentido de que, como hemos dicho, distorsiona, altera, la realidad.

- **Formación reactiva:** hacer lo contrario de lo que dicta el impulso. En el intento de amoldarse a la nueva cultura, el inmigrante hace lo contrario de lo que le dictan sus impulsos, que le llevarían de modo natural a mantener sus tradiciones y costumbres, llegando por el contrario hasta rechazarlas.
- **Hiperadaptación:** una mimetización que podría compensarse a través de síntomas somáticos, como manera de expresar el conflicto de modo socialmente aceptable (Achotegui, 2009a).

Resolución del duelo migratorio

Desde una perspectiva psicopatológica se acuerda considerar que para la resolución de un duelo es necesario que la persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido exprese, más pronto o más tarde, sus sentimientos (Bowlby, 2006). Si la persona cuenta con capacidad de elaboración suficiente, no sólo superará la crisis, sino que ésta tendrá una cualidad de “renacimiento” con desarrollo de su potencial creativo (Grinberg & Grinberg, 1996). Desde una perspectiva de elaboración psicológica de los procesos de duelo se hace referencia a cuatro fases: a) fase de embotamiento, que dura entre algunas horas y una semana y que puede ser interrumpida por descarga de aflicción o de ansiedad extremadamente intensas; b) fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura varios meses y con frecuencias, años; c) fase de desorganización y desesperación y d) fase de un grado mayor o menor de reorganización (Bowlby, 2006). En el caso de la inmigración los procesos de duelo se expresarían según las siguientes etapas: a) negación, no aceptar la realidad del cambio. Sin una cierta temeridad, la mayoría de la gente no se movería de su casa y más en los tiempos tan difíciles que corren para muchos inmigrantes; b) resistencia, caracterizada por protesta y queja ante el esfuerzo que supone la adaptación; c) aceptación, cuando la persona se instala ya a fondo en la nueva situación (en el caso de la migración en el país de acogida) y d) restitución, es decir, reconciliación afectiva con lo que se ha dejado atrás y con la nueva situación, cuando se acepta lo bueno y lo menos bueno o malo, tanto del país de origen como del país de acogida (Achotegui, 2009a). Sin embargo, el duelo migratorio es un duelo complejo y difícil en bastantes momentos, sobre todo si las circunstancias personales y/o sociales del inmigrante son problemáticas. Como

hemos señalado, la migración no es por sí misma una causa de trastorno mental, pero sí un factor de riesgo en salud mental si se dan las siguientes situaciones: vulnerabilidad -si el inmigrante no está sano o padece discapacidades-, nivel de estresores muy alto -como sucede cuando el medio de acogida es hostil-o bien, si se dan ambas condiciones.

En resumen, Achotegui reseñara que no es adecuado plantear la ecuación inmigración = duelo migratorio ya que supondría negar la existencia de toda una serie de aspectos positivos en la migración, cuando ésta es muchas veces más una solución que un problema. Pero es una solución que encierra, a su vez, su parte de problema.

Sintomatología Del síndrome De Ulises

A partir de lo expuesto anteriormente se llega a la conclusión de que la experiencia de la emigración y de los estresores extremos que viven hoy millones de inmigrantes hacen a estos colectivos muy vulnerables al Síndrome de Ulises que, como hemos indicado, se refiere un cuadro de duelo migratorio extremo vinculado a la intensidad del estrés crónico, la soledad, la lucha por la supervivencia, la falta de oportunidades y los riesgos físicos. Las respuestas de estrés son, esencialmente, intentos que hace el cuerpo para adaptarse a tales estresores. Una respuesta de estrés eficaz representa una adaptación exitosa, pero el cuerpo no siempre responde perfectamente o de forma adecuada (Ivancevich & Mattesson, 1985). La incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los factores de riesgo, como los cambios culturales y de lengua, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por la incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en sociedad y el miedo (Ramos-Villagrasa & García- Izquierdo, 2007). Achotegui (2002) ha agrupado la sintomatología psicológica expresada en el Síndrome de Ulises en cinco áreas: depresiva, ansiosa, Somatización, confusional y cultural.

Área depresiva

Se relaciona con el apego, los vínculos que se dejan atrás, las separaciones, el sentimiento de fracaso, la indefensión, la dificultad ante situaciones límite, la culpa por el abandono, tristeza, llanto, baja autoestima..., como indican los resultados del estudio de

Suárez-Hernández et al. (2011). La fuerte relación entre la presencia de síntomas del área depresiva y la situación familiar del inmigrante (vivir en pareja o con pareja e hijos) es un factor de riesgo y/o protector, de tal manera que presentan más sintomatología depresiva aquellas personas que viven solas en relación con los que viven con parejas o con parejas e hijos. La tristeza es el síntoma central en todas las situaciones de duelo. Ante la tristeza por la pérdida se requiere un esfuerzo psicológico para verla de un modo relativamente benigno, en el que pasado, presente y futuro aparezcan reconciliados. Sólo cuando se ha aceptado la pérdida, o uno se ha reconciliado con ella, se puede seguir adelante con la propia vida. Esta es la lucha del duelo, es un proceso de manejo emocional (Lazarus, 2000). En este cuadro la tristeza expresa el sentimiento del fracaso del proyecto migratorio, de lo que se debe afrontar, no es tristeza en el sentido clínico, la de un cuadro depresivo típico, sino tristeza de un duelo extremo, en la línea de la desolación. En estas situaciones lloran tanto hombres como mujeres –en la tradición islámica el dolor se expresa más en forma de gemidos-, a pesar de que en todas las culturas los hombres han sido educados en el control del llanto, porque ante la situación de dolor las barreras culturales quedan en segundo lugar (Achotegui, 2006). En estos inmigrantes hay sintomatología del área depresiva, pero faltan síntomas muy importantes para el diagnóstico de un trastorno depresivo, como la apatía, las ideas de muerte o la pérdida de actividad social.

Área de ansiedad

El inmigrante lucha por conseguir objetivos propuestos, ante el choque cultural ha de tomar decisiones en poco tiempo, por lo que padece tensión, nerviosismo, preocupaciones excesivas y recurrentes, irritabilidad e insomnio. Desde la perspectiva transcultural los inmigrantes árabes expresan este síntoma en forma de protesta y de actitud de impaciencia. Debido a la educación de los varones en esta cultura, puede favorecer la personalidad impulsiva con menos tolerancia a la frustración y más ansiedad (Achotegui, 2009a). Entre los componentes más comunes de esta área destacan las preocupaciones excesivas y recurrentes, la tensión y el nerviosismo y la irritabilidad.

Preocupaciones excesivas y recurrentes

Este tipo de preocupaciones serían normales con relación a los problemas de estos

inmigrantes. Pero en su emotividad hay contradicciones que cuestan integrar en soledad. Deben tomar decisiones en poco tiempo, con escasos medios de análisis, lo que los lleva a una gran tensión. Las preocupaciones excesivas y recurrentes se relacionan con vivencias dolorosas del viaje migratorio (las pateras, el viajar escondido, etc.) o de su propia realidad, como el vivir escondido, la explotación laboral, recuerdos traumáticos del país de origen, estar sumido muchas veces en un entorno racista, etc.

- Tensión, nerviosismo

Es un síntoma muy frecuente que expresaría en enorme esfuerzo, la intensidad de la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos los estresores descritos. Este nerviosismo, esta tensión, se relaciona con el estrés de lucha e indica que el sujeto aún confía en que vale la pena estar activo para resolver los problemas que tiene delante (aunque este tipo de funcionamiento del área de la ansiedad se combina en otros momentos con tristeza por los fracasos en el logro de sus objetivos).

- Irritabilidad

Es un síntoma más frecuente en los adolescentes. Y menor entre inmigrantes procedentes de culturas orientales se expresa con menor intensidad, porque su educación prioriza el control de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros). También es más frecuente en las mujeres por motivos culturales, ya que las mujeres tienen menos autonomía que los hombres.

Área de somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes “latinas o asiáticas” se considera que la mente y el cuerpo conforman una unidad inseparable. Desde esta perspectiva los inmigrantes expresan tanto síntomas somatomorfos (somáticos) como síntomas psicológicos. Entre los síntomas somatomorfos más frecuentes destacan las cefaleas y la fatiga, síntomas de tipo osteoarticular, y en menor medida, molestias abdominales. Los inmigrantes los presentan con más frecuencia porque, aparte de expresar

malestar psicológico, los síntomas somáticos se van a emplear con otros significados simbólicos (García-Campayo & Carrillo. 2002). Los síntomas somáticos se potencian unos a otros: el insomnio favorece la cefalea y la fatiga, y la tristeza baja el umbral de dolor (Achotegui, 2006; 2008; 2009a).

- Insomnio

Las preocupaciones dificultan el dormir. Durante la noche, el inmigrante tiene en su mente los problemas que debe afrontar en soledad. En esta situación el inmigrante asocia el dormir con una situación de tensión y esta ansiedad le dificulta relajarse para poder conciliar el sueño, creando un círculo vicioso. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés crónico favorece el arousal, la excitación que impide la relajación necesaria para poder dormirse. En el caso de los inmigrantes el insomnio tiene unos condicionamientos concretos: viviendas en malas condiciones, ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc.; y cuando viven en la calle, la inseguridad y el miedo a los robos y a las agresiones (Achotegui, 2002; 2008; 2009a).

- Cefalea (migraña)

Es uno de los síntomas más frecuente del SU (se estima que afecta al 76.7% de los pacientes con dicho síndrome). La cefalea en los inmigrantes casi siempre es de tipo tensional y se asocia a las preocupaciones recurrentes e intensas en que el inmigrante se halla sumido (Achotegui, 2012). Es un tipo de cefalea que se expresa con síntomas de dolor opresivo, no pulsátil, de intensidad leve o moderada y localización bilateral; no se agrava con esfuerzos físicos, ni se acompaña de náuseas y vómitos, ni tampoco hay fonofobia ni fotofobia. Se da con más frecuencia en mujeres, concentrada con frecuencia en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica las cefaleas se vincularían a agresividad reprimida, tan frecuente en el inmigrante dado las grandes frustraciones que padece (Benedettis, Lorenzetti & Pieri, 1990) y al uso de la negación como mecanismo de defensa, relacionada con la inhibición dolorosa del acto de pensar, que es muy frecuente en el duelo migratorio extremo, resulta más soportable el dolor de

cabeza que seguir pensando en resolver los problemas y dificultades.

- Fatiga (“estoy como una pasa”)

Cuando la motivación para resolver problemas no ve salida a una situación, la energía disminuye y la persona no encuentra utilidad a seguir luchando. Sin embargo, en el SU, a pesar de la fatiga, el inmigrante sigue adelante, ya que en los inmigrantes la fatiga puede asociarse al esfuerzo que supone la elaboración de los duelos de la migración. Hay que diferenciar este síntoma del Síndrome de Fatiga Crónica, que se caracteriza por debilidad extrema, fiebre moderada, molestias musculares, fatiga persistente, dolor en las articulaciones, pero sin hinchazón, trastornos del sueño, depresión, confusión, irritabilidad, dificultad para concentrarse. Por el contrario, los inmigrantes de Síndrome de Ulises son capaces de ir caminado unos kilómetros si hay trabajo. Otra alteración que se ha observado, es la de la termorregulación y en afroamericanos, hipertensión. También se ha constatado que la fatiga se da más entre los asiáticos y marroquíes. De hecho, en la cultura asiática la fatiga es un síntoma fundamental en un trastorno cultural propio de zonas de la India, Pakistán y China, denominado "Dahi". (Achotegui, 2006; 2009 a; 2009b).

Área confusional

Los síntomas de esta área expresados en el SU se refieren principalmente a experiencias de despersonalización, confusión espaciotemporal, dificultades para concentrarse y problemas de memoria. Son síntomas de menor entidad que los anteriores. Desde una perspectiva biológica, la confusión que aparece en las situaciones de estrés crónico se explicaría porque el incremento del cortisol que se produce actuaría sobre el hipocampo y las áreas corticales (Sendi et al., 2001). Pero además la confusión se ve favorecida porque en las relaciones familiares el inmigrante dice la verdad a medias para que no sufran por él y su familia tampoco explica los problemas que surgen en el país de origen. Otro factor que favorece la confusión es que se superponen y se mezclan las culturas, los idiomas, los lugares, los puntos de referencias, los recuerdos y las vivencias actuales.

Área cultural

Los antropólogos que se han interesado en los aspectos culturales de la salud y la enfermedad han recalcado que los valores, creencias y prácticas acerca de la salud y la enfermedad de todas las sociedades humanas, son expresión, y parte, de la cultura de esa sociedad y no pueden ser estudiadas aisladas de la cultura. Cuando la gente se encuentra en situaciones de incertidumbre y que implican cierta amenaza a la integridad personal, hay una tendencia a tratar de explicar o encontrarle sentido a lo que está pasando. Esta tendencia a hacer análisis causales es iniciada por la necesidad de las personas de predecir el futuro y controlar los eventos (Achotegui, 2008; 2009b). En este sentido, culpar a otras personas de la enfermedad que se sufre, es algo frecuente en algunas comunidades de las sociedades no-industrializadas, como en África y en el Caribe, o en minorías culturales de sociedades industrializadas, siendo las formas más comunes de estas atribuciones la brujería y el mal de ojo (León, Páez & Díaz, 2003). Con frecuencia el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional sus desgracias como mala suerte o como provocadas por la brujería, como castigos por no cumplir las normas sociales de sus grupos. Desde la perspectiva de los aspectos culturales de la sintomatología se sugiere que existirían variantes culturales de estos síntomas, como las molestias torácicas en árabes, las molestias abdominales en africanos y la sintomatología relacionada con la sexualidad en asiáticos (Achotegui, 2009a).

Desde la perspectiva evolucionista del Síndrome de Ulises, se observa que estos síntomas aparecen cuando la situación para la persona la desborda y no se ve con los recursos necesarios o con la capacidad de afrontar lo que le ocurre. Hay variabilidad temporal en sus síntomas, temporadas en las que está mejor y luego recae; según el contexto, los síntomas no son fijos, cuando mejora la situación desaparecen los síntomas (Achotegui, 2008). Por último, un aspecto muy importante a tener en cuenta es que los síntomas que presentan estos inmigrantes de este cuadro son menores: no afectan a su capacidad de interdependencia ni autonomía personal ni a su nivel de funcionamiento social, siendo su reacción sintomatológica plenamente proporcional a los estresores desmesurados a los que se ven expuestos estos inmigrantes (Achotegui, 2002; 2005; 2008; 2009a).

Diagnostico Diferencial Del Síndrome De Ulises

La relación entre inmigración y salud mental ha sido objeto de muchos estudios, pero los datos son contradictorios, se ha constatado una gran variabilidad metodológica y no se ha llegado a una conclusión definitiva acerca de una mayor psicopatología asociada al hecho migratorio (Delgado, 2008). No obstante, algunos trastornos mentales comparten sintomatología con el Síndrome de Ulises, lo que puede dificultar la identificación de este último y confundirlo con un trastorno más grave, por lo que es muy importante realizar un diagnóstico diferencial al respecto (Achotegui, 2002; 2009a).

Trastornos depresivos

En cuanto a la sintomatología del área depresiva Achotegui (2002; 2008) observó en el Síndrome de Ulises la ausencia de síntomas de primer orden del cuadro depresivo como:

- *Apatía*: los inmigrantes con Síndrome de Ulises quieren seguir adelante y mantener la actividad de un sujeto sano a pesar de las adversidades. La tristeza se mezcla con la esperanza de seguir luchando para conseguir los objetivos.
- *Ideas de muerte*: cómo define el DSM-V respecto a la sintomatología depresiva, “son frecuentes los pensamientos de muerte”, y la persona depresiva ya no lucha (Achotegui, 2009a; 2009b). Sin embargo, estas ideas son menos frecuentes en estos inmigrantes, ya que poseen una gran capacidad de lucha que les hace seguir adelante incluso a pesar de las situaciones difíciles. Conservan una esperanza y vínculos afectivos que le impulsan a desear seguir viviendo. También hay un factor religioso, especialmente entre los musulmanes, que en cierto modo les protege.
- *Culpa*: se expresa con menor intensidad en las culturas no occidentales. En las culturas tradicionales se manifiesta una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo que cree recibirá por su acción no adecuada, mientras que en la culpa depresiva el sentimiento dominante es el sufrimiento por hacer daño al otro, el remordimiento por el mal que se ha causado. Este sentimiento de culpa se da más en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Otro diagnóstico diferencial según Achotegui (2008; 2009a; 2009b) remite a “la depresión tardía del inmigrante”. El trastorno depresivo aparece muchos años después de la migración, tras haber vividos situaciones muy difíciles... Ante este cuadro Achotegui se plantea la hipótesis etiopatogénica de que se halla relacionada con

graves dificultades en la elaboración del duelo migratorio, a las que se añaden otros duelos que aparecen en la vida del sujeto, considerando la vulnerabilidad a la enfermedad mental de estos sujetos, aunque haya tardado manifestarse.

- *Pérdida de la actividad social y laboral*: se observa la ausencia de este síntoma en el SU, ya que, como hemos indicado, son personas llenas de vida que luchan por el éxito de su proyecto (2008; 2009a).

Trastornos Adaptativos

Los trastornos adaptativos manifiestan en conjunto “un malestar superior acusado al esperable dada la naturaleza del estresor” (DSM-V). Sin embargo, en el Síndrome de Ulises hay muchos estresores con características radicalmente diferentes: lucha por la supervivencia, terror... La diferencia básica entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises es que el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite es todo menos “superior al esperable” (Achotegui, 2002; 2008; 2009b). A ello cabe añadir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma un acontecimiento vital a la tremenda mientras que en el Síndrome de Ulises la persona se toma una situación difícil tal como es. Además, en los trastornos adaptativos se produce “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” mientras que en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad. Para poder diagnosticar patología psiquiátrica ha de haber unos síntomas invalidantes y estructurados en el tiempo que imposibiliten la adaptación del sujeto. El Síndrome de Ulises no se puede diagnosticar de forma psiquiátrica, para ello ha de haber unos síntomas invalidantes y estructurados en el tiempo que imposibiliten la adaptación del sujeto, y en la situación de Síndrome de Ulises los sujetos no están fallando en su respuesta, sino que la adversidad que vive supera la capacidad humana de adaptación. De todos modos, existe un continuum entre el Síndrome de Ulises y los Trastornos Adaptativos, porque hay un punto en el que los síntomas se “pasan de rosca” y se convierten en patológicos, impidiendo la adaptación del sujeto. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar; Achotegui (2009b) admite que puede haber un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes con vulnerabilidad que llegan con papeles y se les permite la reagrupación familiar, desarrollando este trastorno. Pero la situación de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que desde la perspectiva de los estresores no encajaría en este diagnóstico. Existe una relación directa,

causal, entre el estrés que viven estos inmigrantes sin papeles en el siglo XXI y su sintomatología, y también con el estrés crónico, derivado de condiciones vitales perjudiciales o amenaza, pero estables y de roles estresantes que desempeña las personas continuamente en su vida diaria (Lazarus, 2000). Pero a diferencia del Trastorno por Estrés Agudo, el SU es crónico y no define un cuadro de duelo, al no relacionarse especialmente con elaboración de la muerte de un ser querido.

Trastorno por Estrés Postraumático

Este trastorno se define a partir de la exposición de la persona aun acontecimiento estresante y extremadamente traumático, que representa un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, y ha sido interpretado como un síndrome retardado frente a una reacción inmediata ante un encuentro traumático. La implicación habitual de tales demoras, cuando se producen, es que las circunstancias o proceso de manejo, como la negación, o los esfuerzos por prevenir la aparición de las reacciones, impiden que el trastorno aparezca inmediatamente después o durante el encuentro traumático, y brotan más tarde. Hay tres elementos en el Trastorno de Estrés Postraumático: a) depende de la relación entre persona-medio; b) las emociones desencadenadas aportan *insights* importantes sobre el proceso adaptativo y c) el proceso de manejo es un factor elemental para determinar si habrá Trastorno de Estrés Postraumático desde un punto de vista clínico (Lazarus, 2000). En el caso del Síndrome de Ulises (Achotegui, 2009a) no se constatan síntomas esenciales del Trastorno por Estrés Post-Traumático, como la apatía, las conductas de evitación, los pensamientos intrusivos de las situaciones traumáticas o la baja autoestima. Sí coinciden en la presencia de miedo y terror, pero la respuesta sintomatológica es diferente y en el caso del Síndrome de Ulises hay otros estresores externos que ya hemos descrito, como la soledad forzada, la lucha por la supervivencia, el fracaso, etc. que no están presentes en el trastorno referido. Por otro lado, se ha constatado una relación entre la vulnerabilidad y la aparición del Trastorno por Estrés Post-Traumático, ya que alrededor del 20% de las personas que viven situaciones traumáticas llegan a desarrollar dicho trastorno, mientras que los casos de Síndrome de Ulises se hallarían ubicados en el 80% restante (Achotegui 2009a).

Trastornos psicóticos

A pesar de haber referido sintomatología propia del área confusional, que podría remitir a un

trastorno psicótico, en el Síndrome de Ulises la manifestación de los mismos no es suficientemente intensa para impedir la adaptación social y laboral del sujeto, ni el contacto con su realidad. Para Achotegui (2009a) éste es el concepto clave para el diagnóstico diferencial de la psicosis. Este autor propone que el inmigrante puede desarrollar síntomas psicopatológicos que son transitorios y que están directamente relacionados con la situación de migración extrema a la que ha estado expuesto. Es decir, los síntomas no constituyen un trastorno mental, sino un cuadro reactivo de estrés. Una vez removidos estos estresores, son removidos también los síntomas y por ende el Síndrome de Ulises. Asimismo, su propia denominación, “Síndrome de Ulises”, contribuye a evitar que estos inmigrantes, al no existir un concepto para su problemática, sean víctimas, por un lado, de la banalización del cuadro, al poderse considerar – por prejuicios o por desconocimiento de la realidad del inmigrante- que no les pasa nada a pesar de padecer a veces hasta diez síntomas. El peligro mayor reside en ser diagnosticados incorrectamente como enfermos de cualquiera de los trastornos antes comentados, a pesar de no tener conductas de evitación, ni pensamientos intrusivos en relación a situaciones traumáticas (Achotegui, 2002, 2008; 2009a).

Achotegui insiste, en consecuencia, en que el Síndrome de Ulises es una crisis de estrés, una reacción de estrés, en la que los estresores no bastan para definirlo, siendo sólo la naturaleza del cuadro, sea de reacción de estrés o de enfermedad. Con los mismos estresores puede haber diferentes tipos de cuadros dependiendo de la vulnerabilidad del inmigrante. Precisamente la relación entre vulnerabilidad y Síndrome de Ulises es fundamental: la respuesta del sujeto depende de su grado de vulnerabilidad ante la elaboración del duelo migratorio (ver Figura 3). Desde la perspectiva de la relación entre los estresores Ulises y los síntomas según Achotegui (2009a) hay que tener en cuenta que hay inmigrantes que tienen los estresores del síndrome, pero no el síndrome en sí mismo. Estas personas pueden desarrollar una psicosis, una depresión, un trastorno adaptativo...mientras otros pueden tener algún aspecto parcial del cuadro, pero en un nivel menor, de modo que no se puede considerar que padecen el Síndrome de Ulises.



Figura3. Relación entre los estresores y el pronóstico en la salud mental según la vulnerabilidad del inmigrante.

(Fuente; Achotegui 2009b)

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los estresores, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en la sociedad y el medio y factores de riesgo como los cambios culturales y de la lengua. Se puede afirmar que este cuadro pertenece más al campo de la prevención sanitaria que al campo del tratamiento, pues hay que entender que muchos de los afectados acuden al servicio de urgencias de la red asistencial con síntomas graves y es posible que, ante las situaciones de estrés, se incremente el riesgo de trastornos como el alcoholismo, psicosis, depresión y otros. La prevención, por tanto, es fundamental, por lo que los servicios sanitarios y los educadores sociales deben saber detectar este cuadro: de ello depende que estas personas acaben padeciendo un auténtico trastorno mental. Muchas son las técnicas de intervención que se están trabajando al respecto, desde el apoyo psicoeducativo y el desarrollo de capacidades de autonomía a técnicas corporales encaminadas a disminuir la ansiedad e incrementar la sensación de control, por ejemplo, ejercicio físico, técnicas de relajación al aprendizaje de habilidades sociales (Achotegui, 2009a).

En conclusión, el inmigrante que haya podido elaborar los duelos que la migración

implica, pasará a sentirse parte integrante del nuevo medio, llegando a vivir como propias sus características particulares, como el idioma, las costumbres o, la cultura, manteniendo a la vez una relación positiva y estable con su antiguo país, con su cultura e idioma maternos, sin tener que rechazarlo para aceptar y ser aceptado por el nuevo (Grinberg & Grinberg, 1996).

Capítulo III: Salud Mental.

La salud mental se refiere al estado de bienestar biológico, psíquico, social y espiritual y además es fruto de todo lo que conlleva la vida cotidiana de una persona puesto que no solo depende de factores físicos, sino que también están incluidos los factores psicológicos y ambientales. Por esto se puede decir que las personas son vulnerables, porque están expuestos a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de sus vidas. (Falcó, y otros, 2015). La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, 2015).

Sin embargo, no se sabe precisamente cómo se lleva a cabo en el permanente dinamismo de la actividad psíquica y cuáles son las variables que la actividad psíquica necesita para hallar su equilibrio, además, el concepto “estado de bienestar” es muy poco preciso señala pasividad, accidentalidad y subjetividad, el concepto “actividad psíquica” es polifacético y difícil de aprehender. Representa el conjunto de procesos que configuran el psiquismo humano, de donde se pueden extraer aspectos estructurales y dinámicos, entendidos todos ellos como elaboraciones teóricas destinadas a intentar explicar esta parcela de la realidad humana. (Canbayer & Monge, 2017)

Durante el desarrollo de una persona a lo largo de su vida es fundamental el establecimiento de vínculos afectivos, de lo contrario, el aislamiento, la falta de estímulos o el estrés causado por hechos como la enfermedad o la muerte de un ser querido, pueden predisponer o que haya mayor probabilidad de padecer un trastorno si no se brinda la atención necesaria. La salud mental varía de acuerdo a la vida cotidiana o a las experiencias que se le presenten a una persona y el impacto

que estas tengan, por eso las personas pueden estar expuestas a otros factores de riesgo, como lo son el nivel social y económico bajo porque tiene menos oportunidades de que se les brinde una ayuda además de que no se les brinda la información que se debería; la angustia que puede provocar el trabajo precario y el paro, la exigencia a adaptarse a los cambios que suponen las nuevas tecnologías y el desarraigo que comporta la inmigración, como también el consumo y abuso de sustancias adictivas tiene la capacidad de contribuir de forma significativa a un envejecimiento acelerado y puede ser en un porcentaje elevado desencadenante de graves trastornos mentales. (Falcó, y otros, 2015)

La salud mental es la consecuencia de un adecuado funcionamiento de los cuatro aspectos afectivos, cognitivos, ejecutivos y metapsicológicos en los que el ser humano podría dividirse. Los aspectos afectivos estarían constituidos por el estado de ánimo, los impulsos, los sentimientos y las emociones de donde se derivarían elaboraciones más complejas como la autoestima y la empatía. Los aspectos cognitivos representarían el conjunto de funciones neuropsicológicas como atención, memoria, lenguaje, reconocimiento de las percepciones o funciones gnósticas que permiten el manejo de la información y serían el sustrato de abstracciones más complejas como el autoconcepto o las atribuciones. Los aspectos ejecutivos hacen referencia a la planificación, selección de estrategias, inicio de la acción y regulación de los actos, y condicionarían el autocontrol y la interacción y por último los aspectos metapsicológicos hacen referencia a ese conjunto de procesos de la esfera psíquica del sujeto, que están vinculados al sustrato neuropsicológico pero que no tienen su origen en él y lo trascienden completamente, situándose en la dimensión espiritual del ser humano. (Canbayer & Monge, 2017)

Para saber si una persona tiene salud mental debemos saber que la normalidad señala la calidad o condición de normal, y por tanto “los conceptos de «normal» y «normalidad» en la salud mental tienen una estrecha e inseparable conexión con la naturaleza humana, con lo que la persona es, en cuanto a sus operaciones, con los determinantes impuestos por ser lo que es: una unidad sustancial de materia y espíritu, de biología y psique, donde ambos aspectos se condicionan recíproca e intrínsecamente.” (Canbayer & Monge, 2017). Para llegar a normalidad se establecen unos criterios que permiten unos análisis de los hechos:

Criterios de normalidad: en los cuales podemos encontrar los criterios estadísticos que hacen referencia o señala lo que está dentro de la media, lo esperable en relación a la distribución

en la población; el criterio integrativo que nos indica en qué grado de adaptación y participación se encuentra la persona en el conjunto; el criterio funcional que representa el funcionamiento esperado en relación a su finalidad; y el criterio subjetivo que define la normalidad desde lo personal. (Canbayer & Monge, 2017).

Indicadores de normalidad: en los cuales podemos encontrar la flexibilidad que hace referencia a la adaptación al cambio, capacidad de modificar los pensamientos, sentimientos, actitudes o conductas en virtud de los nuevos parámetros; la eficiencia que es la capacidad de lograr los objetivos propuestos; la sintonía que hace referencia a la adecuada vinculación con la realidad; la armonía que es el equilibrio entre las diferentes funciones psíquicas y en cada una de ellas, la comunicación que son lo suficientes recursos y estrategias para la interacción social, siendo capaz de escuchar y transmitir, aceptar y hacer valer; la creatividad que es la capacidad para aportar algo nuevo a la propia vida; y por último la trascendencia: apertura a otras experiencias, otros entornos, otras personas, otros planos de la vida (Canbayer & Monge, 2017).

Condiciones De La Salud Mental.

Neurológicas: Existe un componente neurobiológico en muchas de las enfermedades psíquicas, aunque en la actualidad sobre esta cuestión disponemos de pocos conocimientos, sabemos que algunas de las enfermedades como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar o el trastorno obsesivo-compulsivo, tienen un componente neurobiológico que nos conduce a una determinación de donde pueden surgir los problemas y por tanto determinar la diferencia de una persona que está enferma y una persona que tiene salud mental. (Canbayer & Monge, 2017)

Personalidad: El desarrollo de la personalidad tienen condicionamiento que nos permiten tener una idea clara de un perfil sano, ya sea bueno malo, además, contribuye en la salud mental en el sentido de ayudar a formar esta o en su defecto a limitarla. La personalidad tiene unos aspectos que son importantes para determinar la salud mental los cuales son la asertividad y la empatía, el estilo cognitivo y los esquemas de pensamiento, el optimismo y la extroversión, la confianza y seguridad, la decisión y la paciencia, la constancia y la flexibilidad. Los trastornos de personalidad hacen referencia a la alteración del comportamiento que se ven influenciados por los procesos

educativos y factores ambientales en los cuales la persona se haya desarrollado. (Canbayer & Monge, 2017)

Factores ambientales: es un grupo de factores amplios que son muy importantes y tiene una estrecha relación entre sí y que pueden generar cambios a la largo del ciclo vital de la persona, según las características o situaciones presentadas pueden ser factores favorables o por el contrario riesgos para la salud mental, además de que los riesgos estarán ligados a recursos personales de los que disponga el sujeto. Entre los factores ambientales más destacados encontramos los factores familiares, las amistades, el trabajo y el entorno sociocultural. (Canbayer & Monge, 2017)

Cuando una persona no presenta salud mental, por el contrario, padece un trastorno mental que se produce por una alteración que se presenta en los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo y se manifiesta en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, incapacidad para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. Estos trastornos mentales se pueden presentar por factores biológicos (genético, neurológico u otros), ambientales o psicológicos. Y por esta razón necesitan que se les aborde de manera interdisciplinaria para que estén personas tengan una mejor calidad de vida. La OMS clasifica a los trastornos mentales en nueve categorías. Las cuales son: (Falcó, y otros, 2015)

Sintomáticos y orgánicos: en este grupo se encuentran trastornos como por ejemplo el delirium.

Esquizotípicos: En este grupo se encuentran la psicosis o la esquizofrenia.

Neuróticos: en este grupo se encuentran muchos trastornos como la amnesia, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la neurastenia o la agorafobia.

Del comportamiento y de la personalidad. Este grupo se hace referencia a la inestabilidad emocional y se encuentran trastornos como el paranoide o esquizoide, el trastorno ansioso de la personalidad, entre otros.

Del comportamiento en la infancia y adolescencia: en este grupo se encuentran los trastornos de conducta, los tics, la tartamudez, la enuresis o el mutismo selectivo.

Trastornos por consumo de psicotrópicos: en este se encuentran los trastornos como el síndrome de abstinencia, intoxicación de agua, síndrome de dependencia, entre otros.

Del humor o afectivos: Entre este grupo se puede encontrar la distimia, el trastorno bipolar o el episodio depresivo, entre otros muchos más.

Trastornos mentales producidos por disfunciones de tipo fisiológico: en este grupo se encuentran los trastornos de tipo alimentario como la anorexia o la bulimia, a los de origen biológico como la eyaculación precoz o a los motivados por el sueño como el terror nocturno, el insomnio o el sonambulismo.

Retraso mental: en este grupo encontramos trastornos como la afasia, autismo, disfasia entre otros.

En la actualidad los trastornos mentales en Colombia tienen cifras alarmantes puesto que, Según la Organización Mundial de la Salud, 4,7 % de los colombianos sufren de depresión, un porcentaje más alto que el promedio mundial, dos de cada 100 colombianos padecen trastorno afectivo bipolar y a nivel mundial, entre el 2% y el 5% de la población. El suicidio es una de las consecuencias más preocupantes del trastorno afectivo bipolar y se presenta entre el 15 y el 20% de los pacientes que la padecen. De los colombianos el 80% han presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida de los cuales un 25% son niños y adolescentes. Bogotá la cual es la ciudad capital posee la mayor frecuencia de síntomas de trastornos mentales en personas entre los 18 y 48 años: ansiedad, depresión y psicosis. (CaracolRadio, 2018).

Marco Legal

El marco legal, de la presente investigación tiene un abordaje amplio sobre el avance que ha llevado nuestro país contemplando también los avances que se han dado a lo largo de la historia a nivel internacional, dando base a las legislaciones actuales, pasando por una revisión exhaustiva y completa, permitiéndole al lector un mejor entendimiento general de las leyes, derechos y deberes que se tienen con respecto al tema de estudio. Esta investigación será realizada por la psicóloga en formación la cual debe tener en cuenta la ley 1090 de 2006 de la profesión de psicología, en la cual se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, y se basa en los principios generales que deben cumplir los psicólogos y el Ejercicio Profesional del Psicólogo.

Constitución Política de Colombia 1991

La constitución de los países es el máximo régimen de la ley, por lo que a partir de ellas se generan una serie de normas, derechos y deberes que benefician a su población, en el caso específico de Colombia, la Constitución Política de Colombia 1991 habla en el caso de esta investigación en el artículo 15

Refiere en el Artículo 15 que todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución. La correspondencia y demás formas de comunicación privada son inviolables. Sólo pueden ser interceptados o registrados mediante orden judicial, en los casos y con las formalidades que establezca la ley.

Ley 1090 de 2006 De la Profesión de Psicología

Esta ley reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Artículo 1.

Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

Artículo 2°.

De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares

reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. **Bienestar del Usuario.** Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados. **Relaciones Profesionales.** Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

Artículo 3. Del Ejercicio Profesional del Psicólogo.

a) Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales;

b) Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la Psicología aplicada.

Artículo 25.

La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades.

d) Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Artículo 29.

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

Artículo 30.

Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Artículo 36.

Deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional. I) No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente.

Artículo 49.

Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50.

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52.

En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Ley Estatutaria 1581 de 2012

Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

Artículo 4.

Principio de confidencialidad. Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma

Artículo 7.

Derechos de los niños, niñas y adolescentes. En el Tratamiento se asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el Tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

Es tarea del Estado y las entidades educativas de todo tipo proveer información y capacitar a los representantes legales y tutores sobre los eventuales riesgos a los que se enfrentan los niños, niñas y adolescentes respecto del Tratamiento indebido de sus datos personales, y proveer de conocimiento acerca del uso responsable y seguro por parte de niños, niñas y adolescentes de sus datos personales, su derecho a la privacidad y protección de su información personal y la de los demás. El Gobierno Nacional reglamentará la materia, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley.

Ley 1616 de 2013

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia, 2013)

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinado por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

Decreto 542 de 2018

Artículo 1. Registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia. La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD diseñará y administrará un Registro Administrativo de Migrantes venezolanos en Colombia que permita ampliar la información sobre el fenómeno migratorio de esta población en nuestro país.

Artículo 2. Objeto del Registro. El registro administrativo de migrantes venezolanos en territorio nacional tiene efectos informativos y no otorga ningún tipo de estatus migratorio, no constituye autorización de permanencia o regularización, no reemplaza los documentos de viaje vigentes, no genera derechos de orden civil o político, ni el acceso a planes o programas sociales u otras garantías diferentes a las dispuestas en la oferta institucional de las entidades del Estado, de conformidad con las normas legales vigentes.

La información recaudada en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en territorio nacional servirá como fundamento para la formulación y el diseño de la política integral de atención humanitaria a que hace referencia el artículo 140 de la Ley 1873 de 2017, así como para la posible ampliación de la oferta institucional.

Parágrafo. La información contenida en el Registro Administrativo de Migrantes no podrá ser utilizada para la imposición de medidas sancionatorias a la población registrada, tales como multas, deportaciones o expulsiones de cualquier tipo.

Artículo 3. Plazo. El Registro Administrativo de Migrantes venezolanos se llevará a cabo durante un plazo de dos (2) meses contados a partir del 6 de abril de 2018 y podrá ser prorrogado, si la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres-UNGRD lo considera necesario.

Artículo 4. Articulación Interinstitucional. Las Personerías IVI municipales y Distritales, en sus respectivas jurisdicciones, con el apoyo de los diferentes entes del Estado y organismos internacionales podrán brindar colaboración, dentro del marco de sus competencias, para el recaudo de la información que hará parte del registro administrativo de migrantes venezolanos a cargo de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD.

Las Defensorías del Pueblo, en ejercicio de sus funciones constitucionales y

legales, orientarán e instruirán a los venezolanos que deseen registrarse y acompañarán el proceso de recaudo de la información.

Decreto 1288 de 2018

"Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolano a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos"

Artículo 1. Modificación del Permiso Especial de Permanencia -PEP: El Ministerio de Relaciones Exteriores, mediante resolución, modificará los requisitos y plazos del Permiso Especial de Permanencia (PEP) para garantizar el ingreso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional.

Parágrafo 1. En la reglamentación que expida el Ministerio de Relaciones Exteriores se deberá precisar que el Permiso Especial de Permanencia - PEP es un documento de identificación válido para los nacionales venezolanos en territorio colombiano que les permite permanecer temporalmente en condiciones de regularización migratoria y acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación, trabajo y atención de niños, niñas y adolescentes en los niveles nacional, departamental y municipal.

Parágrafo 2. Los beneficios del PEP serán los mismos para todos los titulares a quienes se les haya otorgado en virtud de las Resoluciones 5797 de 2017 y 0740 de 2018 expedidas por el Ministerio de Relaciones Exteriores y los que expida la autoridad migratoria con fundamento en el presente Decreto.

Parágrafo 3. El Permiso Especial de Permanencia (PEP), dada su naturaleza jurídica, está dirigido a autorizar la permanencia de los nacionales venezolanos que se encuentren en el territorio nacional sin la intención de establecerse, razón por la cual, no equivale a una Visa, ni tiene efectos en el cómputo de tiempo para las Visas de Residencia Tipo "R" y "M", de que trata el Capítulo 3 de la Resolución 6045 de 2017 expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Marco Contextual.

Norte De Santander, Colombia.

El Departamento de Norte de Santander se encuentra ubicado en la parte nororiental de Colombia; con una extensión es de 21 648 km², representando el 1.89% del territorio nacional. Limita al oriente y al norte con Venezuela, al occidente con los departamentos de Cesar y Santander y al sur con los departamentos de Boyacá y Santander. Se encuentra dividido en 40 municipios. Tomado de (Laguado, 2016).

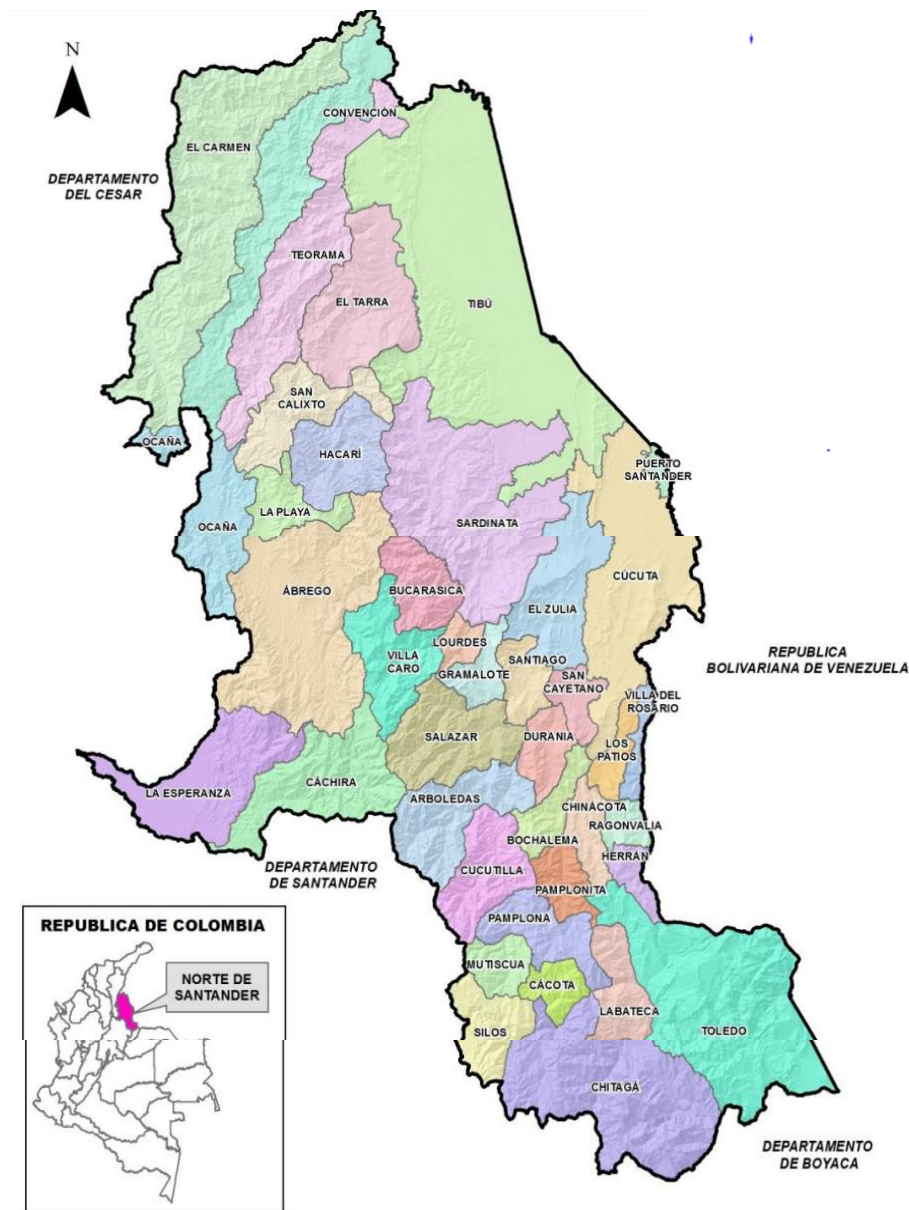


Figura 4. Mapa Norte de Santander. Fuente Corponor 2016

Las subregiones y los municipios que las conforman son las siguientes:

Subregión Oriental:

Cúcuta, El Zulia, Los Patios, Puerto Santander, San Cayetano y Villa del Rosario.

Subregión Norte:

Bucarasica, El Tarra, Sardinata y Tibú.

Subregión Occidental:

Ábrego, Cáchira, Convención, El Carmen, Hacarí, La Esperanza, La Playa, Ocaña San Calixto y Teorama.

Subregión Centro:

Arboledas, Cucutilla, Gramalote, Lourdes, Salazar Santiago y Villacaro.

Subregión Suroccidental:

Cácota, Chitagá, Mutiscua, Pamplona, Pamplonita y Silos.

Subregión Suroriental:

Bochalema, Chinácota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia y Toledo.

Norte de Santander tiene una geografía variada; compuesta por serranías, páramos, mesetas, llanuras y cerros, con municipios de diferentes alturas; esto lo hace inmensamente rico en paisajes y climas. A lo largo de su territorio lo recorren ríos y lagunas. Está ubicado en la región nororiental de la República de Colombia sobre la Cordillera Oriental. Un rico sistema hidrográfico recorre el departamento con tres cuencas de gran importancia: al norte la del río Catatumbo, al oeste la del Río Magdalena y al suroeste, la del Río Orinoco. (Santander, 2019)

Con respecto a las vías, la conectividad vial terrestre del departamento muestra grandes deficiencias, según datos de la Secretaría de Infraestructura del Departamento la red vial Primaria presenta una longitud total de 795.32 Kilómetros, de estos se reportan 608.6 Kms en superficie pavimentada de los cuales el 63.2% se encuentra en buen estado, 24.3% en regular

estado y un 12.4% en mal estado; 101 kms en afirmado y 4.72 Kms con superficie en tierra. La red vial secundaria está compuesta por 1.350.58 Kilómetros, de los cuales el 27% se encuentran pavimentados, el 71% en afirmado y el 2% en tierra. De las vías pavimentadas el 36.8% se encuentra en buen estado, 30.7% en estado regular y un 32.4% en mal estado; la red vial terciaria, la conforman 1606,96 kms de los cuales no existe ningún tramo pavimentado, 768,79 Kms de vía en afirmado y 832.41 kms en tierra, cuyo mal estado dificulta en grado sumo la comercialización de lo producido en las veredas. (Ia, 2015).

Estadísticas sobre los migrantes en Colombia

De acuerdo con los datos suministrados por Migración Colombia (2019) desde el 1 de agosto, hay 1.408.055 inmigrantes venezolanos en el país, por lo que ha aumentado en 11% respecto al primer trimestre de 2019 convirtiéndose en un problema considerable debido a que muchos de ellos llegan con problemas de alimentación, conducta, salud, entre otros. En los últimos seis meses han llegado a Colombia 234.000 venezolanos más “buscando huir del régimen de Maduro”, dijo el director de Migración Colombia, Christian Kruger Sarmiento, en un comunicado.

Metodología

Se establece en el presente apartado, las especificaciones que incluye la metodología implementada para el presente estudio, el cual incluye el tipo de investigación, alcance, población, muestra, categorías, instrumentos, técnica, procedimiento y validez.

Tipo o Enfoque.

La presente investigación según Hernández, Fernández & Baptista (2014) es un estudio mixto con preponderancia cualitativa el cual implica una recolección, análisis, e integración de los datos cuantitativos y cualitativos para una mayor teorización, datos más “ricos” y variados, mayor solidez y rigor, este tipo de enfoque permite responder a las distintas preguntas de investigación planteadas en el problema, ya que se recolecta, analiza y se vinculan tanto datos cualitativos por medio de la entrevista semiestructurada, como cuantitativos a través de las pruebas estandarizadas cuestionario de noventa síntomas (SCL-90-R) y la escala de Ulises. A su vez, esto permitirá ir más allá de la recolección, además se mezclará la lógica inductiva y deductiva para obtener resultados más completos sobre un mismo fenómeno, lográndose así una perspectiva más amplia, profunda, precisa, integral, completa y holística y así tener un mayor entendimiento acerca del evento a estudiar.

Diseño

Esta investigación está basada bajo un diseño no experimental, es decir, se realizó sin manipular deliberadamente variables describiendo los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, a su vez es transeccional, lo cual permitirá recolectar información en un solo momento o tiempo único, este diseño tiene el propósito de describir variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Alcance de la investigación

Su alcance será de tipo descriptivo, es decir, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Esta investigación, busca relacionar entre sí, los resultados de las pruebas estandarizadas y la entrevista semiestructurada, entonces, lo que se pretende por medio de este tipo de alcance es medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren,

Población

La población que se tiene como objetivo para la realización de esta investigación son los inmigrantes venezolanos que transitan por la vía Cúcuta- Bucaramanga con edades comprendidas entre 18-28 años.

Muestra

Según Johnson y Battaglia (en 2014 y 2008, citado por Hernández Sampieri, 2014) el tipo de muestra en esta investigación es no probabilística debido a que esta se caracteriza por la selección de un subgrupo de la población que cuenta con algunos criterios o características en particular en este caso con 6 adultos jóvenes con edades comprendidas entre 18-28 años, siendo de manera no aleatoria la elección de las unidades de análisis y teniendo en cuenta que la elección se llevó a cabo a juicio por parte de los investigadores.

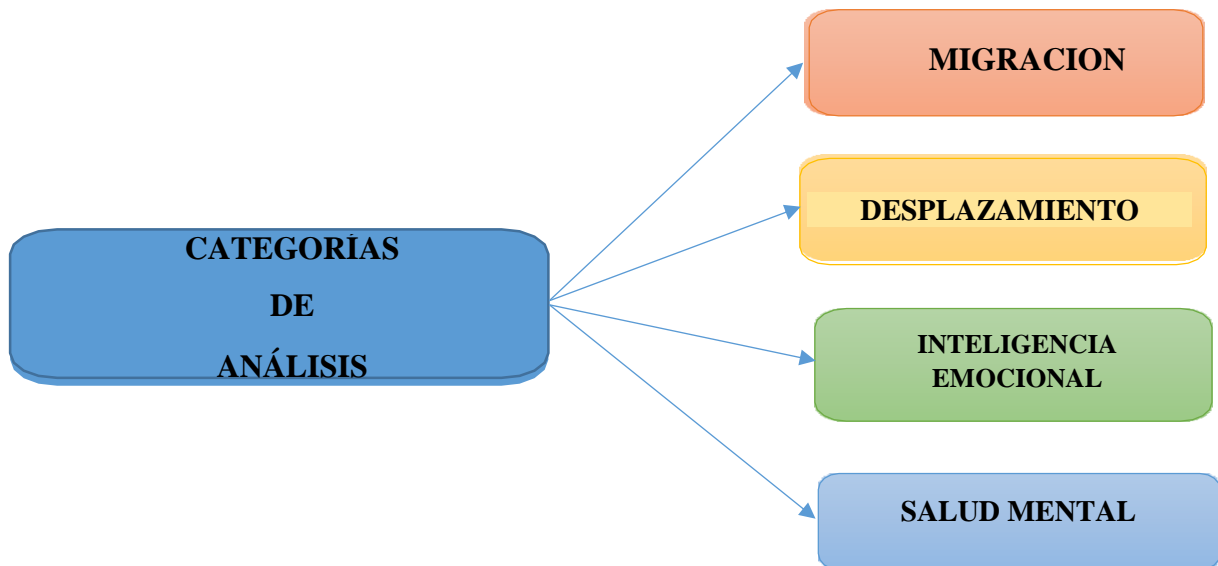


Figura 5. Categorías de la entrevista semiestructurada

Tabla 1. Operacionalización de categorías de la Entrevista

Categorías

Migración: El término se refiere a la movilidad geográfica de las personas (Grinberg & Grinberg, 1996), mientras que *inmigrar* puede entenderse como el hecho de llegar a un país y establecerse en él (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua 1989), es decir, residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgenini & Giménez, 2010)

Desplazamiento: Tipo de defensa que desarrolla el inconsciente, redirigiendo ciertas emociones que se toman como peligrosas hacia alguna representación mental tolerable. (Acosta, 2015).

Inteligencia Emocional: La inteligencia es la capacidad para resolver problemas futuros en contextos sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales a través del razonamiento, planeación, y ejecución en la toma de decisiones que permitan la resolución de problemas, del mismo modo es la habilidad para comprender una idea compleja donde el aprendizaje es necesario y en ocasiones se consigna en la experiencia (Cabas Hoyos , González Bracamonte Yaninis, & Hoyos Regino, 2017).

Salud Mental: La salud mental se refiere al estado de bienestar biológico, psíquico, social y espiritual y además es fruto de todo lo que conlleva la vida cotidiana de una persona puesto que no solo depende de factores físicos, sino que también están incluidos los factores psicológicos y ambientales. (OMS, 2015).

Proceso de intervención

La presente investigación se realizó a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada, observación participante, grupo focal los cuales fueron validados por tres expertos en el tema del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, posteriormente se hizo la aplicación del cuestionario de noventa síntomas (SCL-90-R) y La escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises), cabe mencionar que cada participante tuvo que rubricar el consentimiento informado para implementación de los instrumentos y las técnicas, posteriormente se realizó el análisis de resultados. A continuación, se especifica cada uno de los instrumentos y la técnica.

Instrumentos y Técnicas

En esta investigación se utilizará la prueba psicológica *Cuestionario de los Noventa Síntomas (SCL-90-R)*, Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se le evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM) 2) Obsesiones y compulsiones (OBS) 3) Sensitividad interpersonal (SI) 4) Depresión (DEP) 5) Ansiedad (ANS) 6) Hostilidad (HOS) 7) Ansiedad fóbica (FOB) 8) Ideación paranoide (PAR) 9) Psicoticismo (PSIC). 1) Índice global de severidad (IGS) 2) Índice positivo de Malestar (PSDI) 3) Total de síntomas positivos (TP) Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados. En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta. En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. (*Ver apéndice A*).

Escala Ulises

La escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises, Achotegui 2010) surge de la gran demanda existente, en el área de la atención sanitaria y psicosocial, de instrumentos de evaluación validados del estrés y el duelo migratorio ante la creciente dificultad de los procesos migratorios, fue desarrollada con el objetivo principal de proporcionar criterios de evaluación de los factores de riesgo y posibilitar la comparación entre las medidas realizadas por los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental de la migración, para facilitar un sistema de medición consensuado y objetivable.

El relato, la narrativa que nos trae el inmigrante posee un extraordinario valor fenomenológico y antropológico, pero en el trabajo asistencial es muy importante asimismo tratar de estructurar y operativizar la información que poseemos de modo que resulte comparable con la obtenida por otros profesionales.

La escala surge fundamentalmente ante las nuevas migraciones en situación extrema del siglo XXI. La migración en estas condiciones límite se convierte en un elemento muy importante, incluso determinante, en la biografía del sujeto por la tensión psicológica que provoca, hasta el punto de que constituye un factor de riesgo relevante para la salud mental. Si bien resulta de interés el análisis del estrés y el duelo en todas las migraciones, lo es aún más en contextos de migración en condiciones extremas como las que estamos viendo en los últimos tiempos. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. (Kareen J, Littlewood R. 1992. Arango, J. 2002, Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hoffman SG, Craske MG 2010). (*Ver apéndice A*).

Técnicas

Observación

La observación cualitativa implica profundizar en las situaciones sociales y mantener un papel activo, estar atento a los detalles, sucesos, eventos y las interacciones de los individuos. Los propósitos principales de este instrumento de investigación es el de explorar distintos ambientes, contextos, subculturas y aspectos de la vida social; describir comunidades, contextos y ambientes, comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, identificar problemas y generar hipótesis para futuros estudios (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Por otro lado, es importante aclarar que para esta investigación se utilizará el método de observación participante, este se refiere a que el investigador se mezcla en las actividades desarrolladas por la población objeto de estudio, participando del registro de lo que ocurre en el contexto natural del mismo (García & Quintanal, 2014). (*Ver apéndice A*).

Grupo Focal

Se trata de una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan a profundidad en torno a uno o varios temas, en un ambiente relajado e informal bajo la conducción de un moderador (Krueger, 2014). Más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados (Morgan, 2008; y Barbour, 2017). Es decir, estas entrevistas en grupos pretenden unir al grupo participante teniendo en cuenta la opinión de todos sobre una misma problemática. (*Ver apéndice A*).

Entrevista Semiestructurada.

Es aquella en la que, como su propio nombre indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas y con preguntas espontáneas, la entrevista

semiestructurada presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz, García, Martínez, & Varela, 2013). (*Ver apéndice A*).

¿Cómo se analizó la información recolectada?

Juicio de expertos. Se elaboró un formato que contenía la antesala de los ítems que conformarían la entrevista semiestructurada con el fin de evaluar las características de migración, dicho formato contenía un espacio para que el experto evaluador realizaría su valoración y sus observaciones acerca de la técnica. Seguidamente de las correcciones realizadas por los expertos, se hizo los debidos cambios que iban encaminados a redacción y pertinencia del ítem.

Recursos a utilizar.

Recursos Humanos. la directora que supervisó el proceso de la investigación, los jueces que validaron la entrevista semiestructurada para su aplicación, los participantes que hicieron parte del estudio, el estudiante de artes visuales y la psicóloga en formación quienes realizaron todo el proceso de investigación.

Recursos técnicos y tecnológicos. Cuestionario de los Noventa Síntomas (SCL-90-R), La escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises) entrevista semiestructurada, grupo focal y la observación participante.

Recursos económicos. El 100% de la totalidad de los recursos económicos fueron destinados al recorrido, refrigerios, transporte, impresiones de hojas de respuestas, instructivos de aplicación de instrumentos, cartas de validación, consentimientos, y otros para el desarrollo de la presente investigación.

Fases de la investigación

Fase I Elaboración Anteproyecto: Se realizó por medio de la construcción del título, formulación del problema, justificación, objetivos, referentes conceptuales y legales permitiendo conocer más acerca del tema finalizando con el diseño metodológico.

Fase II Construcción Y Validación De Instrumentos: Se efectuó la construcción de la estructura de la entrevista semiestructurada, formato de observación no participante y el grupo focal que sirvieron de base para llevar a cabo la recolección de la información para el estudio.

Fase III Aplicación: Se realizó la aplicación de la prueba psicológica llamada SCL-90-R, La escala de evaluación de los factores de riesgo en salud mental en la migración (Escala Ulises) y posteriormente durante el recorrido se realizó la entrevista semiestructurada, la observación participante y el grupo focal con el fin de recoger información acerca de los hechos importantes de enfrentarse al fenómeno migratorio.

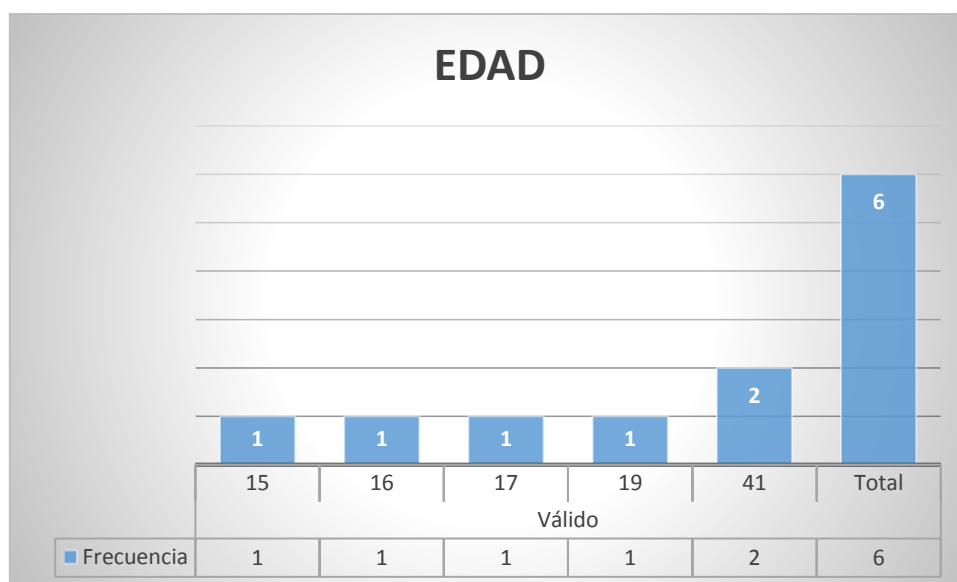
Fase IV Análisis De Resultados: El respectivo análisis de la información recolectada con la aplicación de la prueba psicológica se realizó mediante la utilización del software de análisis predictivos IBM - Software SPSS versión 26, y la información cualitativa a través de la realización de las matrices de cada técnica y la triangulación de las mismas.

Resultados y Análisis Cuantitativos

A continuación, dándole cumplimiento al primer objetivo específico se presentan los perfiles sociodemográficos obtenidos de los participantes del estudio, en tablas de frecuencia estadísticas con sus respectivas gráficas generadas por el software o paquete estadístico SPSS V26.0 donde en cada una de ellas se logra evidenciar la posición de cada uno de los colaboradores en el estudio

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
Válido	15	1,66
	16	1,66
	17	1,66
	19	1,66
	41	3,33
Total	6	100

Tabla 2. Caracterización Participantes por Edad, (Fuente; Elaboración propia 2019)

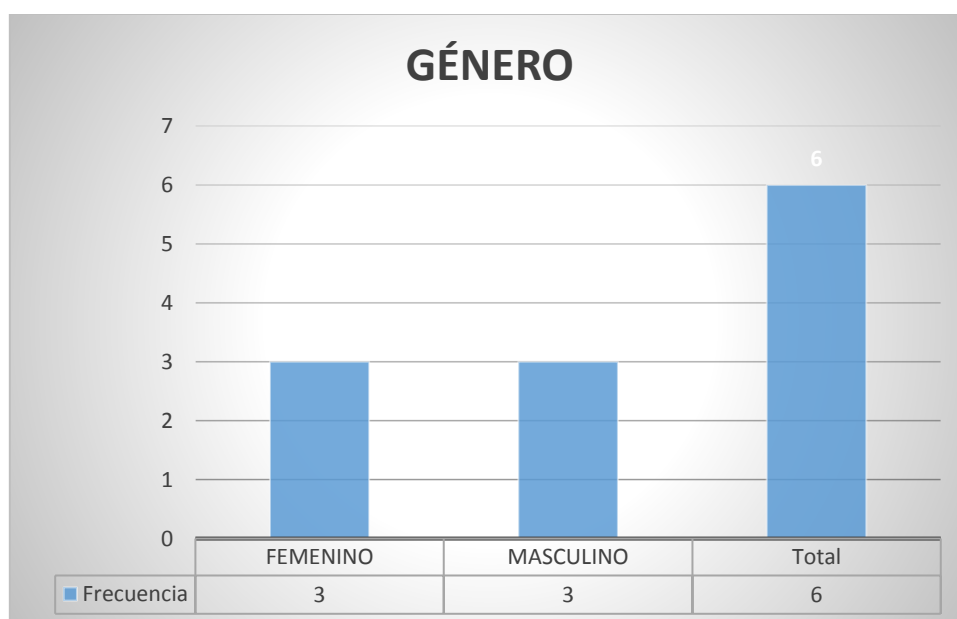


Gráfica 1 Caracterización Participantes por Edad, (Fuente; Elaboración propia 2019)

En la gráfica # 1 se puede identificar que del 100% de los sujetos, el 3.33% se encuentran en un rango de edad 41 años, lo que equivale a 2 personas, y el 1.66% que equivale a 1 persona para cada rango de edad 15 ,16,17 y 19 años.

GENERO		
	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	3	50
MASCULINO	3	50
Total	6	100

Tabla 3. Caracterización Participantes por Género (Fuente; Elaboración propia 2019)



Gráfica 2. Caracterización Participantes por Género, (Fuente; Elaboración propia 2019).

La Gráfica # 2 detalla la estructuración de la muestra a la que se les aplicaron los instrumentos y las técnicas, pudiéndose observar que el 50% de la población abordada es de género femenino (3 participantes) y el otro 50% corresponde al género masculino (3 participantes)

Análisis E Interpretación De Resultados Cuestionario de los Noventa Síntomas (SCL-90-R)

En el presente apartado se ubican los resultados obtenidos por cada uno de los 6 participantes, a los cuales se les administro la prueba estandarizada SCL-90-R, donde se infieren los resultados a partir de los puntajes de prevalencia y los índices de respuesta obtenidos de forma individual demostrando así los perfiles psicopatológicos de los mismos.

Análisis Individual

Sujeto No. 1

Sexo: Masculino

Edad: 41

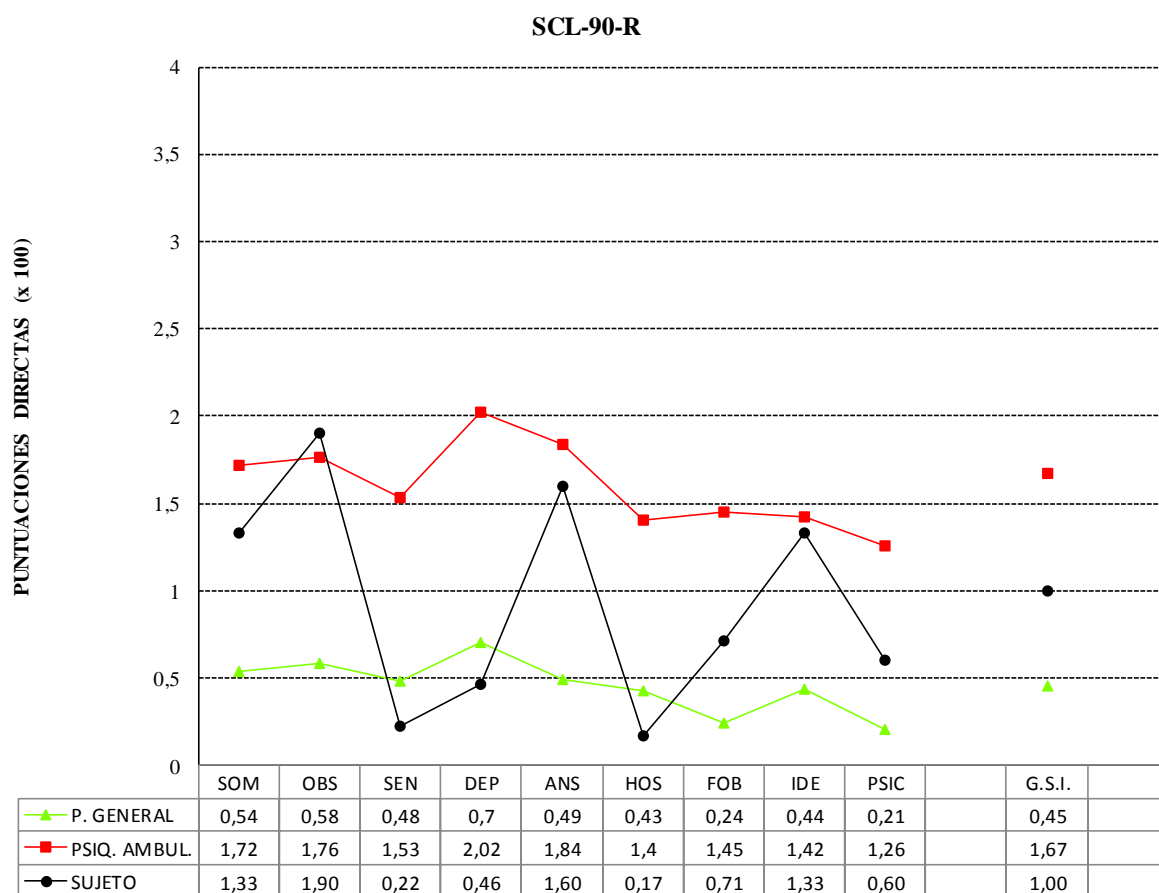


Gráfico 3. Comparación del sujeto 1 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

En el caso específico del sujeto 1 se observa en los resultados que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS) ésta incluso requiere de psiquiatría ambulatoria por estar por encima, Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC). Sin embargo, está normal en Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP) y Hostilidad (HOS) por estar debajo del general y el ambulatorio. Hay que resaltar que el Índice global de severidad (IGS) el sujeto (1,0) debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por esta por debajo del aceptado.

Sujeto No. 2

Sexo: Femenino

Edad: 41.

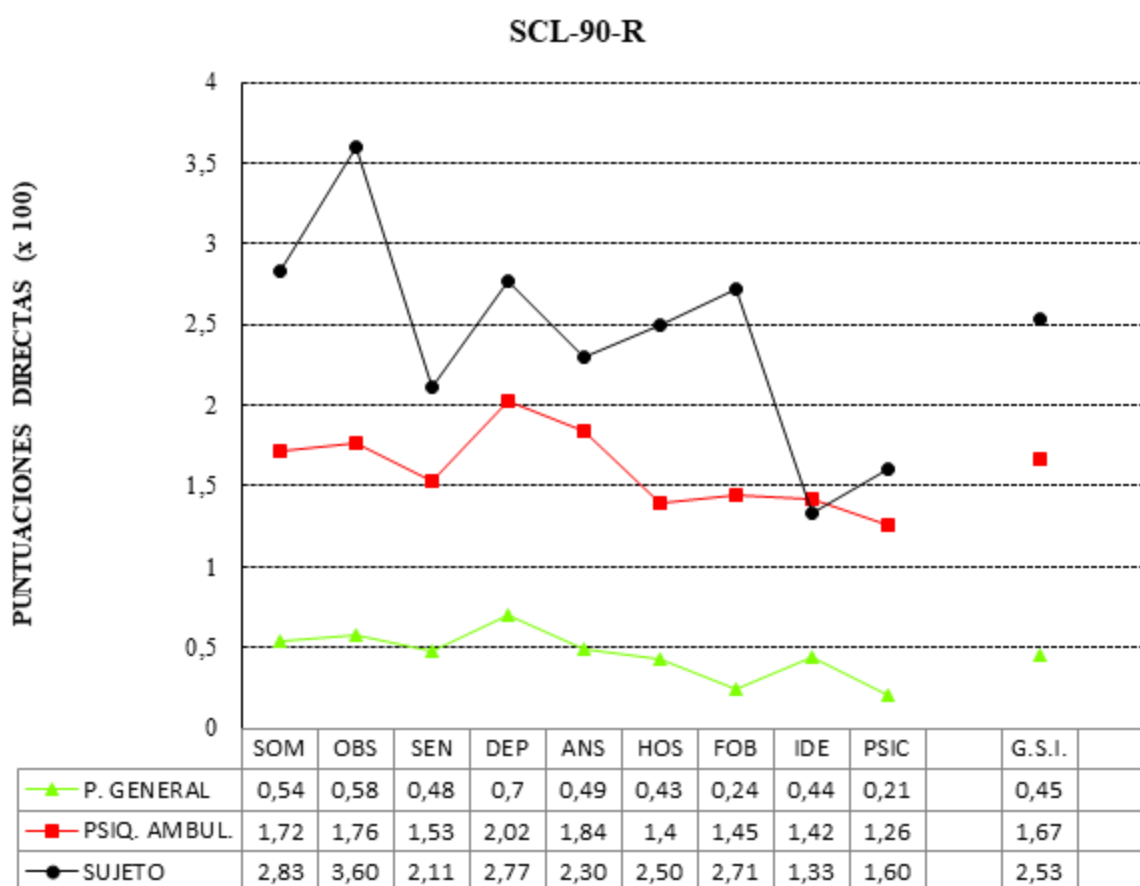


Gráfico 4. Comparación del sujeto 2 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Por otro lado, en el sujeto 2 se observa en los resultados que para la psiquiatría general está por encima del promedio y del ambulatorio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP), Hostilidad (HOS) e Ideación paranoide (IDE), este último por encima del general pero por debajo del ambulatorio por lo que claramente el sujeto requiere de una intervención psiquiátrica ambulatoria, ya que el Índice global de severidad (IGS) el sujeto fue de 2,53 muy por encima de la psiquiatría ambulatoria (1,67).

Sujeto No. 3

Sexo: Femenino

Edad: 17

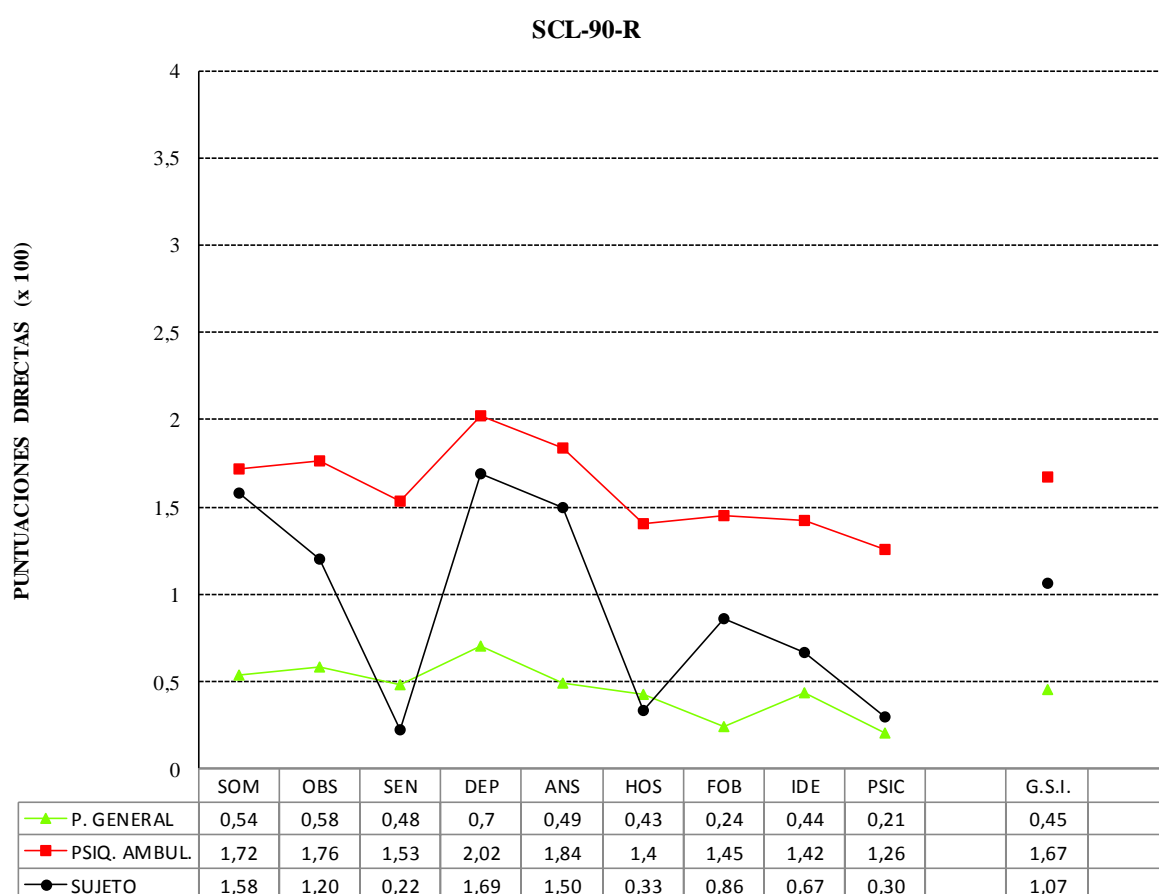


Gráfico 5. Comparación del sujeto 3 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Resultados para sujeto 3 muestran que para la psiquiatría general está por encima del promedio general en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad

(ANS), Depresión (DEP), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC). Sin embargo, está normal en Sensitividad interpersonal (SEN) y Hostilidad (HOS) por estar debajo del general y el ambulatorio. El Índice global de severidad (IGS) del sujeto es de 1,07 debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por esta por debajo del aceptado.

Sujeto No. 4

Sexo: Femenino

Edad: 16

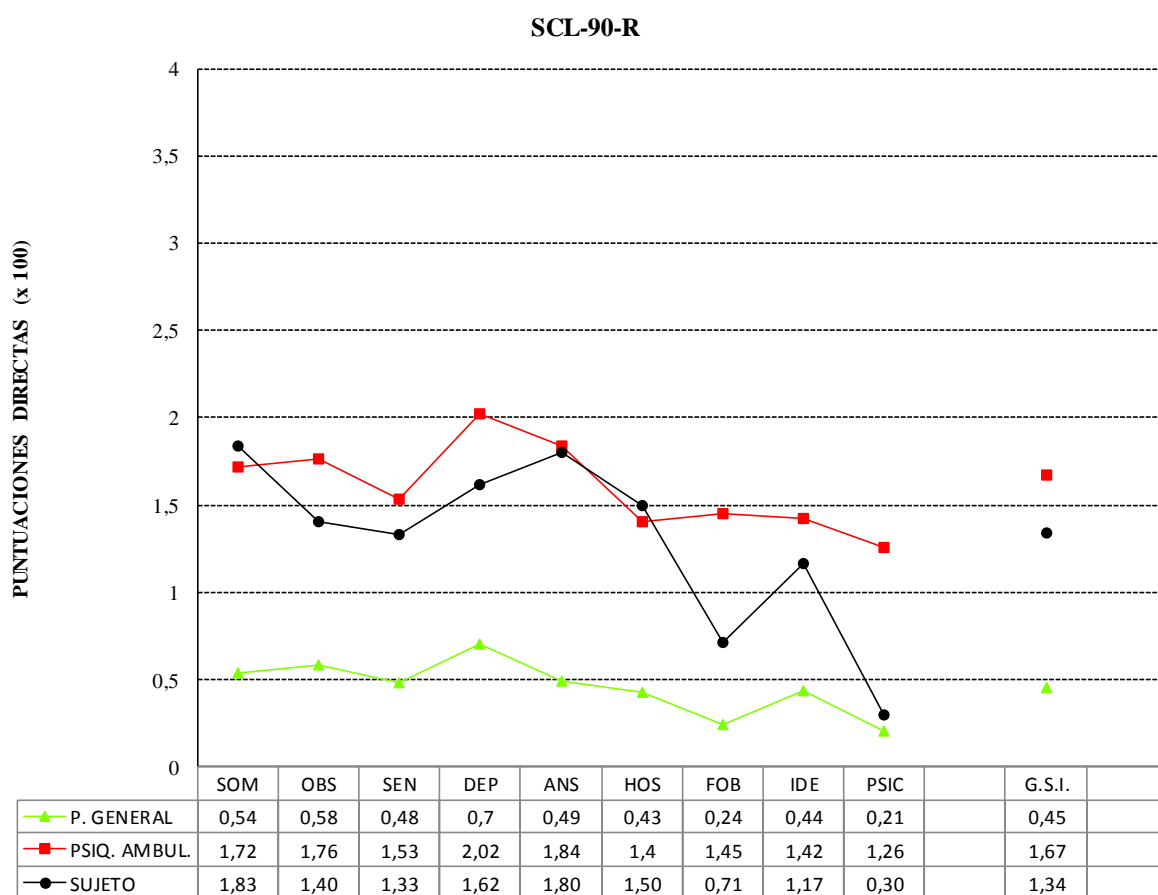


Gráfico 6. Comparación del sujeto 4 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

Asimismo, para el sujeto 4 los resultados muestran que para la psiquiatría general está por encima de todos en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP), Hostilidad (HOS) éste por encima del ambulatorio e

Ideación paranoide (IDE), y en este caso el sujeto necesita tratamiento general por que el Índice global de severidad (IGS) del sujeto fue de 1,34 por encima del tratamiento psiquiátrico general aunque por debajo de la psiquiatría ambulatoria (1,67).

Sujeto No. 5

Sexo: Masculino

Edad: 15

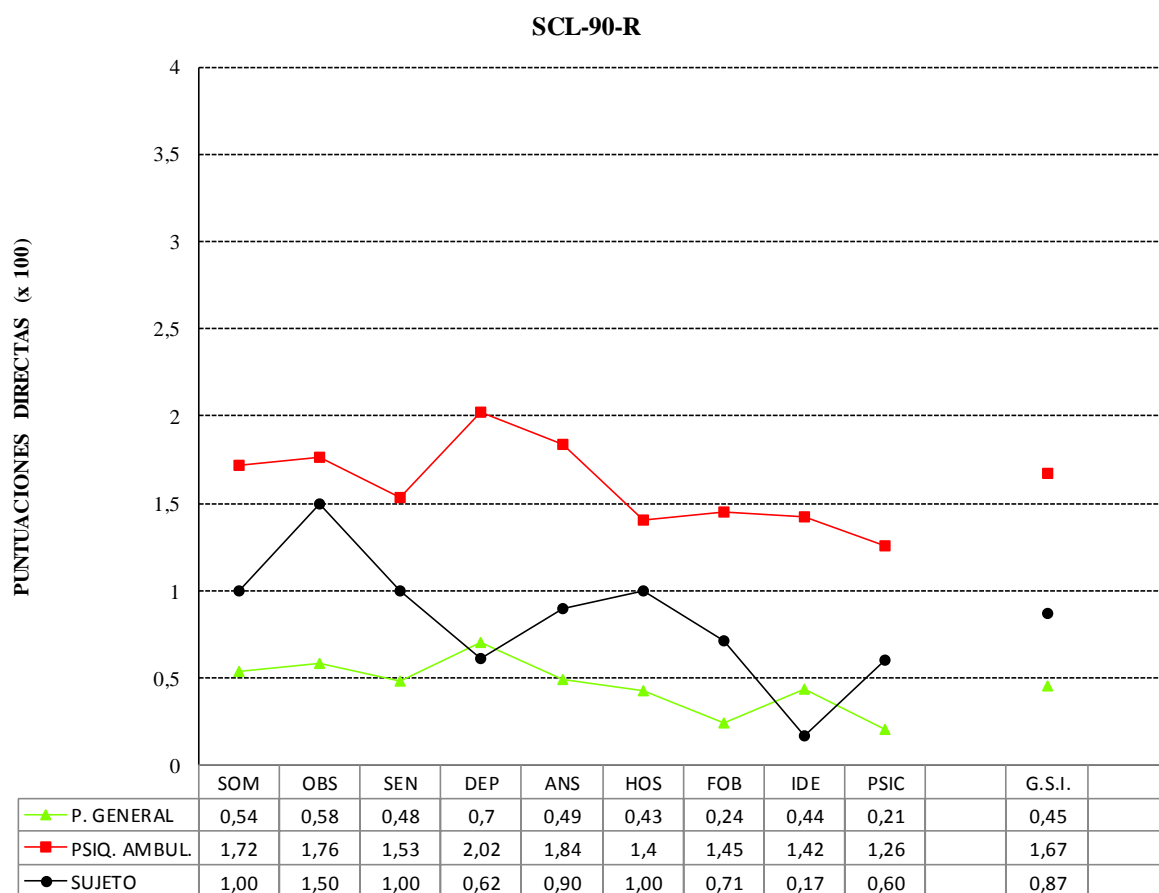


Gráfico 7. Comparación del sujeto 5 con SCL-90-R . (Fuente; Elaboración propia 2019)

Del mismo modo, los resultados para sujeto 5 muestran que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN) y Hostilidad (HOS). Sin embargo, está normal en Depresión (DEP) e Ideación paranoide (IDE), por estar debajo del general y el ambulatorio. El Índice global de severidad (IGS) del

sujeto es de 0,87 debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por esta por debajo del aceptado.

Sujeto No. 6

Sexo: Masculino

Edad: 19

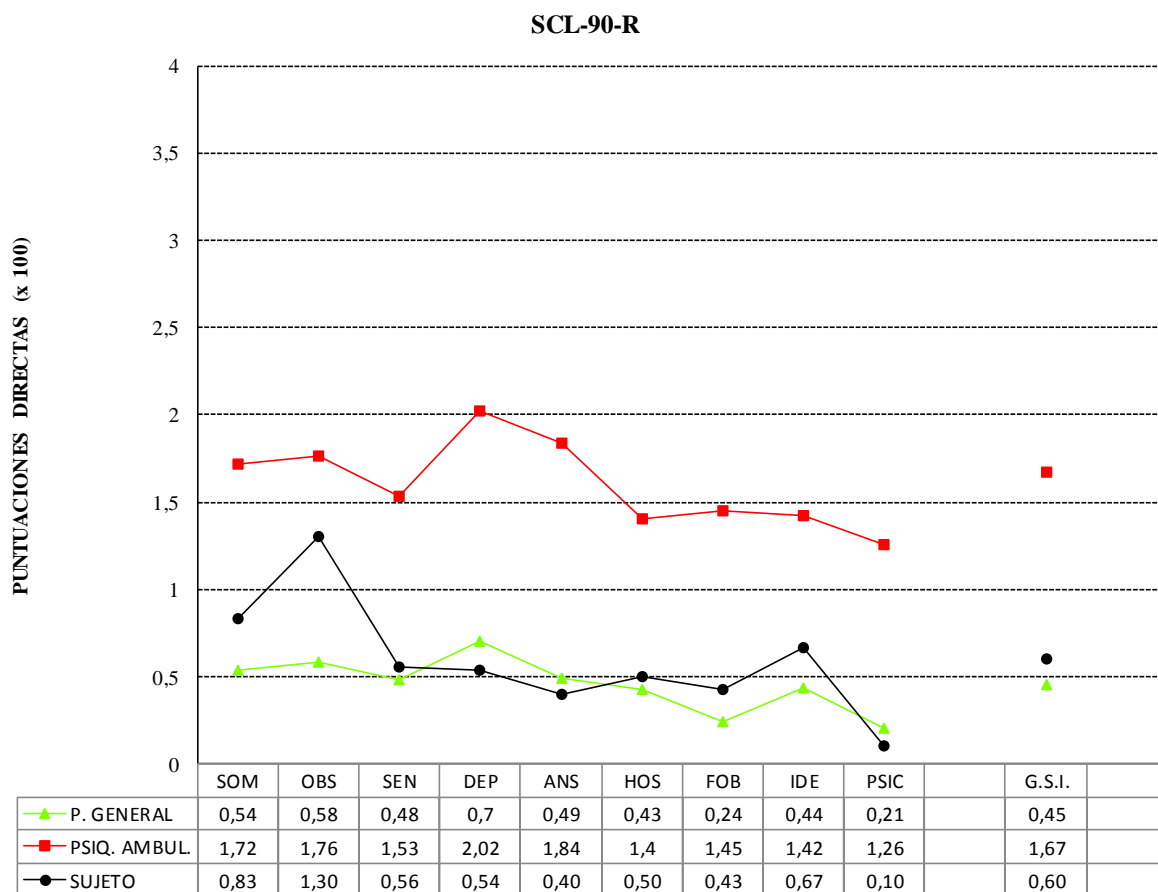


Gráfico 8. Comparación del sujeto 6 con SCL-90-R. (Fuente; Elaboración propia 2019)

En el caso del sujeto 6 los resultados arrojaron que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SEN), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE), y Hostilidad (HOS). Por lo cual, está normal en Depresión (DEP), Ansiedad (ANS) y Psicoticismo (PSIC), por estar debajo del general y el ambulatorio. Los resultados mejoraron en este sujeto ya que el Índice global de severidad (IGS) del sujeto es de 0,60 muy cercano al general (0,45) y muy alejado de psiquiatría ambulatoria (1,67).

Análisis E Interpretación De Resultados

La Escala De Evaluación De Los Factores De Riesgo En Salud Mental En La Migración (Escala Ulises)

Exponemos en este apartado el cumplimiento de los demás objetivos a través del estudio de la vulnerabilidad, los estresores, los niveles de los estresores, los síntomas que determinan la incidencia del SU y los niveles internos. Lo permitiéndonos hacer referencia a las limitaciones o dificultades con las que las personas inmigrantes cuentan al salir de su país de origen, constituyéndose en un factor de riesgo para su salud mental en función de la intensidad.

DUELOS MIGRATORIOS	VULNERABILIDAD		ESTRESORES	
Duelo por la familia	Simple	X	Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	X
Duelo por la lengua	Simple	X	Simple	
	Complicada		Complicada	X
	Extrema		Extrema	
Duelo por la cultura	Simple	X	Simple	
	Complicada		Complicada	X
	Extrema		Extrema	
Duelo por la tierra	Simple	X	Simple	
	Complicada		Complicada	X
	Extrema		Extrema	
Duelo por el estatus social	Simple	X	Simple	X
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple	X	Simple	X
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por los riesgos físicos	Simple	X	Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	X

Tabla 4. Resultados escala de Ulises (Fuente; Elaboración propia 2019)

Este hecho supone que cada uno de los 6 participantes no tiene limitaciones previas a la migración en ninguno de los siete duelos. Esta característica de vulnerabilidad simple es la base del Síndrome de Ulises, ya que supone que antes del hecho migratorio, la persona podía superar sin dificultades las situaciones estresantes.

Posterior a la evaluación de la vulnerabilidad según su intensidad, se exponen los niveles según los siete tipos de duelos, es decir, cómo era la situación antes de migrar en la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y ante los riesgos físicos, por tanto se obtiene que el nivel de la vulnerabilidad en los participantes es simple en un 100%, ya que el bienestar en la cultura, la tierra y la lengua, puntúan alto en la vulnerabilidad simple.

Para evaluar el duelo como simple, complicado o extremo, se tuvo en cuenta la vulnerabilidad de cada inmigrante, valorada tras la migración y los estresores. La elaboración del duelo, como ya hemos visto, va a depender de una serie de variables personales que funcionan en el sujeto como factores que facilitan o agravan, que posibilitan o impiden convivir con las características del duelo migratorio. Por tanto y respecto a los niveles de los duelos por la familia y los riesgos físicos nos llevan a determinar que el 100% de la muestra presenta la elaboración del duelo migratorio como extremo, es decir no logra elaborar los duelos, bien por dificultades en la vulnerabilidad o en los estresores, como en los factores subjetivos, agravantes o culturales.

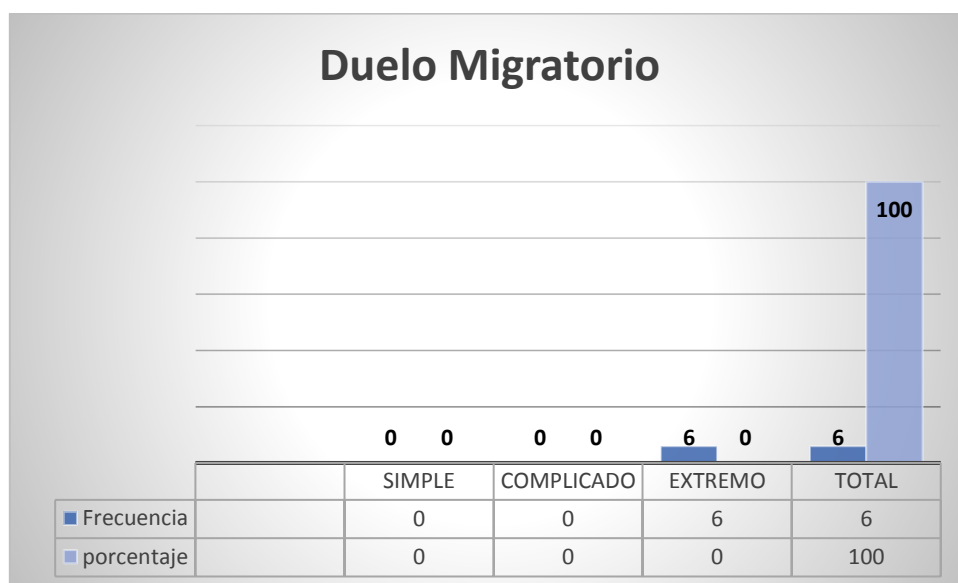


Gráfico 9. Nivel de Duelo Migratorio. (Fuente; Elaboración propia 2019)

En cuanto a los resultados sobre los estresores, que son considerados como las limitaciones, obstáculos y dificultades que afectan a la persona inmigrante en su elaboración del duelo migratorio. Se pudo evaluar en ellos todas estas dificultades externas que han vivido en los últimos seis meses antes de la entrevista y que se suponen como factores de riesgo.

Según Achotegui, (2010, p.115), “con un solo estresor extremo, se considera que el sujeto entra en la categoría de estresores extremos o estresores Ulises, ya que el duelo extremo no se puede elaborar y conduce al sujeto a una situación de crisis permanente.” y en concordancia con esta teoría, se puede afirmar que el 100% de la muestra tiene factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Ulises. Siendo necesario atender a los estresores extremos como base del Síndrome de Ulises.

Cabe mencionar que es el estudio de los síntomas el que determina si se da incidencia o no del Síndrome o si deriva en enfermedad mental.

En la muestra que nos ocupa, el 100 % de los participantes expresan durante el recorrido tener síntomas asociados al Síndrome de Ulises como son la tristeza, que expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión, de abandono ante los duelos extremos y el llanto, como expresión de la dificultad ante situaciones límite, son síntomas que pertenecen al área depresiva.

La ansiedad, reflejo de la lucha por conseguir los objetivos propuestos, el nerviosismo relacionado con las frustraciones a las que se debe hacer frente en poco tiempo, las preocupaciones excesivas y recurrentes, el miedo por la falta de recursos económicos la falta de autonomía al tener que “escondarse”, las condiciones laborales forman parte de los síntomas del área de la ansiedad y el dolor de cabeza como respuesta a los estresores se incluye en el área de la somatización.

Aparecen otros síntomas como: mutismo selectivo durante horas, inmovilidad durante horas con la mirada pérdida.

Aplicación De La Entrevista

A continuación, se presentan apartes textuales de los datos obtenidos de la entrevista semiestructurada distribuida en 4 categorías evaluadas por 32 ítems sobre la apreciación de los participantes en relación a:

Migración (12 ítems). desplazamiento (5 ítems). Inteligencia Emocional (7 ítems). Salud mental (10 ítems).

Posteriormente el grupo focal y la observación participante que sustentan los resultados.

Tabla 5. Matriz de Entrevista Semiestructurada, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Categoría	Ítem	Participantes
MIGRACION	¿Por qué tuvo que salir de su país?	<p>P1: “Porque no tenía nada y nada que darle de comer a mis hijos”.</p> <p>P2: “Por la situación económica que estamos viviendo en Venezuela ahorita”.</p> <p>P3: “Yo decidí salir de mi país por mi hijo, porque yo antes era menor de edad y salí embarazada y mi papá me ayudaba y eso, pero ya es diferente pues”.</p> <p>P4: “Tuvimos que salir porque la situación en Venezuela no está fácil y los reales solo alcanzan para comer y uno también necesita vestirse, también necesita shampoo, enjuague y sus cosas personales. Por eso también se va a otro país para conseguir esas cosas pues, que en Venezuela no se puede”</p> <p>P5.” Por necesidad pues, y ya que mi tía se venía y la broma está un poco económica y mi tía me dijo que me viniera y me vine con ella”</p> <p>P6:” Por la situación económica que estamos viviendo hoy en día que el sueldo no alcanza para nada”</p>
	¿Cómo consiguió llegar a Colombia?	<p>P1: “Por un pasaje que a mi esposo le dieron y de allí llegamos a Cúcuta y de Cúcuta para acá y de allí caminando y con la ayuda tuya hemos llegado hasta aquí.”</p> <p>P2: “Gracias por medio de un trabajo que tuve pude llegar a reunir un dinero para poder llegar a la frontera y de la frontera poder cruzar hasta llegar a Colombia”.</p> <p>P3: “Bueno, con mi tía, tío y mis primos ellos tenían planeado irse ya, entonces ellos llegaron: nos que nos vamos y eso, entonces bueno vámonos.”</p> <p>P4: “Ah bueno, mi papá trabajando”</p> <p>P5.” Caminando y pidiendo jalón”</p>

¿Cuántas veces lo intento hasta que consiguió llegar?	<p>P6: "Reunimos un pasaje entre todos hasta Cúcuta, de allí colas y después la ayuda que ustedes nos prestaron"</p> <p>P1: "Ya teníamos tres meses para hacer esto hasta que por fin nos logramos venir"</p> <p>P2: "Dos veces"</p> <p>P3: "Primera vez"</p> <p>P4: "Varias veces, porque él tenía que trabajar y completar para la comida y fue reuniendo, reuniendo hasta completar los reales"</p> <p>P5:" Primera vez"</p> <p>P6:" Primera vez"</p>
¿Cuánto tuvo que invertir para trasladarse?	<p>P1: "Teníamos 80 dólares"</p> <p>P2: "Tuve que invertir en Venezuela, tuve que invertir 500.000 soberanos y aquí lo que tenemos son 40.000 pesos con lo que estamos sobreviviendo para llegar al sitio al cual queremos llegar"</p> <p>P3: "Bueno, desde Charallave hasta San Antonio 110.000"</p> <p>P4: "no sé"</p> <p>P5:" no sé"</p> <p>P6:" En realidad, no tenemos la cuenta exacta"</p>
¿Alguien le aconsejo irse o fue idea suya?	<p>P1: "Nosotros mismo por la situación que estamos viviendo allá ahorita y por mi hermano que está viviendo acá en Bogotá"</p> <p>P2: "No, lo tomé por iniciativa propia por la situación del país"</p> <p>P3: "Fue idea de nosotros mismo"</p> <p>P4: "Yo me quería salir al principio, pero después me dio como miedo, después tuve que aceptar y me vine"</p> <p>P5:" Fue idea de nosotros mismo"</p> <p>P6:" Fue idea de nosotros mismo"</p>

¿Qué opina su familia?

P1: "Bueno todos quedaron tristes porque ninguno quería que nos viniéramos"

P2: "Quedaron triste en Venezuela por ver que su hijo, por lo menos mi madre que quedó triste al ver que su hijo se fue a otro país buscando un mejor futuro"

P3: "Bueno, mi familia ya debe estar preocupada, porque no nos hemos comunicado con ellos, pero, si me dejaron venir, pero a la vez como que no querían y eso por el trabajo que íbamos a pasar"

P4: "Nada se quedaron triste pero que iban hacer, nos teníamos que venir"

P5: " Nada se quedaron triste pero que iban hacer, nos teníamos que venir"

P6: " Bueno mi papá me apoyo como en Venezuela la situación económica está bajo bueno si tú quieres has el esfuerzo"

¿Con quién va realizando el recorrido?

P1: "Con mis tres hijos, mi esposo y mis tres sobrinos"

P2: "Voy con mi esposa, mis tres hijos y tres sobrinos"

P3: "Con mis tíos, mis dos hermanos y tres primos"

P4: "Con mi mamá, mi papá, Maicol, Yesi y Yeison"

P5: " Con mi mamá, mi papá, Maicol, Yesi y Yeison"

P6: " Con mis tíos, mis dos hermanos y tres primos"

¿Cómo describe su vida antes de venir?

P1: "Bueno horrible, aquí estamos sobreviviendo porque allá es patético"

P2: "Pues un poco difícil por la situación del país pues con la situación los ingresos no alcanzaban para poder comprar comida, para tomar, para nada nos alcanzaba el ingreso del dinero"

P3: "Buena. Antes era estudiar y luego me gradué y ya era estar en la casa y eso, luego empecé a estudiar y luego no estudié más"

P4: "Un poco triste, pero a veces contento, estudiar, jugando fútbol"

	<p><i>P5: "Un poco triste, pero a veces contento, estudiar, jugando fútbol y a veces ayudaba a mi papá"</i></p> <p><i>P6: "Un poco triste"</i></p>
<p>¿Qué importancia tiene la cultura del país de donde viene y qué opinas de la cultura de Colombia?</p>	<p><i>P1: "Mejor acá, acá vemos más cosas pues, por lo que se ve allá no hay es nada"</i></p> <p><i>P2: "La cultura de Venezuela es muy bonita, buena, hasta ahorita ya se ha perdido la cultura de las cosas en Venezuela y de Colombia te puedo contar muy poco porque ahorita en el país estoy llegando ya en apenas dos días, pero me parece extraordinaria porque es bonito el trato de las personas a las cuales me he conseguido, han llegado bien y gracias hasta ahora nos ha ido bien."</i></p> <p><i>P3: "No responde"</i></p> <p><i>P4: "Que las personas son, como te explico, que las personas son raras pues, son egoístas, ven a uno mal como si fuera un no sé qué"</i></p> <p><i>P5: "No responde"</i></p> <p><i>P6: "No responde"</i></p>
<p>¿Conoce a alguien que ha sido maltratado en algún centro de estancia temporal de inmigrantes?</p>	<p><i>P1: "No. A mis hijas le ha ido bien y a mí por los momentos también y a mis hijos"</i></p> <p><i>P2: "No"</i></p> <p><i>P3: "Primera vez"</i></p> <p><i>P4: No"</i></p> <p><i>P5: "No"</i></p> <p><i>P6: "No"</i></p>
<p>¿Qué planes tiene para el futuro?</p>	<p><i>P1: "regresar a Venezuela y mi país cuando regrese se encuentre normalmente"</i></p> <p><i>P2: "Yo muy pronto quisiera regresar a Venezuela y mi país cuando regrese se encuentre normalmente, en normalidad como anteriormente estaba."</i></p> <p><i>P3: "Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando"</i></p>

¿Tienes pensado quedarte aquí o regresar a tu país en un futuro?

P4: "Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando"

P5: " Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando"

P6: " Trabajar, para mandar a Venezuela y ayudar lo que pueda a mi familia"

P1: "No, como me vaya aquí me quedo así sea 2 años, pero volverme no, tanto que he caminado."

P2: "En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país"

P3: "En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país"

P4: "Mi pensar es quedarme aquí y con mi papá y mi papá dice que se va a regresar y en diciembre venirme con mi papá"

P5: " En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país"

P6: " En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país."

DESPLAZAMIENTO

¿Qué aspectos de su vida altero?

P1: "Bueno si yo tenía un trabajito que así así por casa de familia y a veces trabajaba por mi cuenta, pero ahorita ni eso, ya eso se perdió."

P2: "Totalmente diferente. Yo no salía de la casa, acá he caminado lo que no he caminado en toda mi vida"

P3: "estabilidad"

P4: "amigos, estudio"

P5: " estudio"

P6: " Emocional, mi pareja la dejé por allá y me dejó."

P1: "Que consecuencia, ah, Dios mío pensando en cosas que no nos vaya a pasar nada malo ni nada, que lleguemos bien para donde queremos ir."

P2: "perder todo lo que uno tenía"

P3: "no poder seguir estudiando"

¿Qué consecuencias tuvo para usted?

*P4: "no poder estudiar"
P5: "perder todo"
P6: "tener una muy mala situación"*

¿Qué problemas trae el conflicto de país para sus víctimas?

*P1: "De todo, mira de todo, ahorita hay humillación, hay entre la misma gente se están matando, mucho egoísmo, no se consigue nada. El gobierno todo lo agarra para el porqué a nosotros no nos da nada, eso es lo que yo considero."
P2: "De toda hambre, muerte, humillación"
P3: "De todo"
P4: "De todo"
P5: "De todo"
P6: "De todo."*

¿Antes de realizar cualquier conducta usted la planea?

*P1: "Lo pienso y lo planeo bien porque uno no sabe lo que puede hacer."
P2: "Sí"
P3: "Sí"
P4: "No"
P5: "Claro la planeo antes de hacer las cosas"
P6: "Claro, lo planeo y lo pienso."*

¿Piensa constantemente en lo que pueda pasar mañana?

*P1: "Mucho, todos los días le pido a Dios porque uno no sabe si puede amanecer vivo o muerto."
P2: "Claro"
P3: "Puede ser que si"
P4: "Si"
P5: "Si. Porque uno no sabe lo que puede pasar pues, y pensar las cosas antes de actuar"
P6: "Si. Porque uno tiene que pensar las cosas porque no sabe lo que pueda pasar el día de mañana, hay que estar pendiente de muchas cosas pues."*

P1: "A veces, porque a veces se me sale de control."

¿Piensa constantemente en cómo resolver las situaciones que se le presenten?

P2: "Siempre con lucha y perseverancia y siempre mirando hacia el futuro sé que se pueden lograr las cosas y sé que podremos salir adelante algún día"

P3: "si"

P4: "si"

P5: "Un poco a veces"

P6: "Un poco"

¿Cuándo las cosas no salen como lo quiere usted cómo reacciona?

P1: "Bueno tener paciencia, porque no es todo como uno cree."

P2: "Me pongo triste porque realmente quisiera que todo me saliera bien pero también debo entender que, así como todo sale bien muchas cosas pueden salir mal"

P3: "Me pongo triste, no me gusta que las cosas salgan mal"

P4: "Me Molesto"

P5: "Me Molesto"

P6: "Me Molesto."

¿Qué pensamientos tiene cuando acontecen circunstancias inesperadas y lo implica directamente?

P1: "Mucha paciencia porque a veces uno tiene que rendirse de paciencia."

P2: "Trato de resolverlo de la mejor manera posible, buscando de que entiendan de que yo no tengo nada que ver con eso."

P3: "No se"

P4: "No sé qué hacer"

P5: "Cónchale, te da un poco de rabia, pero hay que controlarse. Hay que respirar profundo pensar y broma, que no todo hay que hacerlo a los golpes pues"

P6: "Me pongo triste, pensativo."

P1: "Bastante, por lo menos como hoy, nos toca caminar, Dios mío como vamos a hacer, los muchachos, esa broma del frío que mata a la gente, imagínate todo eso lo tenía en la mente que no me dejaba no dormir."

¿Ha tenido pensamientos negativos durante mucho tiempo a causa de experiencias vividas?

P2: "Si. A veces me provoca hacer cosas malas como querer robar o sacar cosas de casas ajenas para poder vender para poder comprar algo para comida para mis hijos, pero gracias a Dios que nunca lo he hecho"

P3: "No"

P4: "Nunca"

P5: "No"

P6: "A veces"

¿Cómo resuelve usted los problemas que se le presentan en el diario vivir?

P1: "Depende de los problemas porque hay tantos problemas ahorita, que si los alimentos de los niños, todo, porque hay muchos tipos de problemas, los trabajos que no hay, comida que donde nosotros estábamos no hay comida, todo es más caro, un sueldo mínimo no te da para comer."

P2: "Pues así a así ayudar a mi compadre, que ahorita está en Colombia t le colaboré para que comprar el pasaje y se viniera"

P3: "No responde"

P4: "No responde"

P5: "Luchando"

P6: "No responde"

INTELIGENCIA EMOCIONAL

¿Cuál es su estado de ánimo más frecuente??

P1: "Ahorita estoy feliz porque voy para arriba, si estuviera caminando estuviera tirada y triste y cansada."

P2: "Pues siempre me mantengo en el ritmo de normal y natural, o sea, nunca trato de excederme a lo violento porque sé que con eso no se soluciona nada"

P3: "Depresión y tristeza"

P4: "Cansada, porque lo que hago es caminar para allá y para acá y me canso a cada rato"

P5: "Un poco cansado, pero bueno que vamos a hacer seguir pa lante"

P6: "Emocional, ansioso y nervioso"

P1: "Si."

¿Su estado de ánimo depende de lo que le sucede en su diario vivir?

P2: "Si. Ahorita me siento de buen ánimo porque estoy con mi familia y estamos luchando, sobreviviendo y riéndonos para compartir el camino para no estresarnos ni estar molesto por eso"
P3: "Si"
P4: "Si"
P5: " Algunas veces"
P6: " Si."

¿Cuándo se le presentan situaciones que no esperaba reacciona de manera impulsiva o se toma el tiempo de pensar en cómo actuar?

P1: "No."
P2: "A veces y bien impulsiva porque se me sale todo"
P3: "No"
P4: "Algunas Veces me tomo un tiempito"
P5: " Impulsivo"
P6: " Impulsivo."

SALUD MENTAL

¿Qué idea tiene de la violencia?

P1: "De todo, ahorita hay mucha clase de violencia que la gente que mata a otra gente por rabia, que no sabes cómo reaccionar cuando otra gente te dice algo, por lo menos yo soy muy volada, cuando me dicen algo provoca es meterle porque que más, de verdad."
P2: "Oye el maltrato, los insultos, las gritaeras, las peleas, el robo, todas esas cosas que vienen con las cosas malas"
P3: "Agredir a las demás personas sin tener ni siquiera un motivo"
P4: "Hay personas que se meten con otras sin saber cómo pueden reaccionar las otras personas. No todas las personas somos iguales y hay algunas que se pasan. Lo que pasa es que si se meten conmigo me entro a golpe"
P5: " Coño, la violencia es como aquí, que queremos ir en jalón y jalón a Bogotá y la gente nos dijeron que había mucha gente y los colombianos le tienen como rabia a los venezolanos y eso es un tipo de violencia increíble"
P6: " Violencia es cuando una persona se agrede verbalmente, físicamente uy, así pues."

¿Cuáles momentos felices de su infancia recuerda?

P1: “Este felices, cuando me regalaban algo, o me compraban algo porque del resto, y en mi adolescencia era bien porque la disfruté bastante, fiesta, me sacaban para donde quería pues, en cambio ahorita no puedo sacar a los míos para ningún lado.”

P2: “Una vez que fui para un río, me prohibieron ir y me escapé para un río. Me puse a comer una frutita que se llamaba coquito y comí tantas que cuando vine a ver me sentía mal del estómago que tuvieron que llevarme a la casa y bueno podrás imaginar la reacción de mis padres. Y de mi adolescencia bastante fiestas, bastante fiesté bastante. Y triste haber perdido a mi abuela, porque al fallecer mi abuela estaba en silla de rueda y muchas veces la sacaba para la tensión, al hospital, a pasearla a que las hermanas y cosa y después que ella falleció”

P3: Estar con mi familia.”

P4: “Cuando iba al preescolar, es lo más fino”

P5: Cónchale, recuerdo cuando mi papá me llevó a un parque y estábamos todas las familias unidas y vitábamos bastante y broma.”

P6: “Muchos porque allá en Venezuela cuando estaba niño las fiestas, las cosas cuando pequeño, los regalos de navidad y las cosas. En mi adolescencia las fiestas, el liceo, yo disfruté mucho el liceo cuando tenía 14, 15 años 16”

¿A qué temas les presta más atención?

P1: “Lo único que yo le presto más a tención es a mis hijos”

P2: “Mas que todo a los animales, eso de Animal-planet y cosas de esas, pero. Y los temas que no me gustan cuando mis amigos se ponen a hablar cosas de violencia, que yo robé, que yo maté que yo esto, siempre me alejo de ellos.”

P3:” Mi embarazo y los que menos me importa mi ex relación”

P4: “A los estudios cuando estaba estudiando y lo que menos me interesa es que digan algo de mí”

P5: “Al fútbol y el beisbol no me gusta micho”

P6: “A los estudios”

¿Planea su futuro o solo espera lo que venga?

P1: "Bueno planeo y espero lo que Dios quiera porque si no uno fuera Dios para preparar el futuro de uno. Este no sé, lo que venga y uno lo planea al instante pues."

P2: "No. Yo siempre vivo el día a día"

P3: "Espero que llegue."

P4: "Lo planeo"

P5: "Lo planeo según lo que haya"

P6: "Lo planeo y las dos cosas porque una cosa es planear y otra cosa que salga como uno lo planee y esperar a que se dé".

¿Cómo se ve en un futuro?

P1: "En un futuro, bien pues que a mis hijos no le falte nada y estemos todos, porque mis hijos están en Perú y yo estoy por aquí y mi familia en Venezuela."

P2: "Grande. Regresar a mi país. Arreglar mi casa que la dejé allá, terminar de arreglar mi casa, reunirme y encontrarme otra vez con mis 5 hijos, que tengo 2 en Perú y los otros que tengo aquí y reunirme con mi padre y mi madre que tengo en Venezuela."

P3: "Con mi hijo, mi familia, estudiando, estar bien, estable en mi país"

P4: "Bueno cuando llegue a Venezuela seguir estudiando porque siempre me ha gustado ser ingeniera civil"

P5: "Cónchale, yo me veo grande pues, Si Dios quiere y trabajando"

P6: "En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país."

¿Le gusta interactuar con las demás personas?

P1: "Si bastante."

P2: "Bastante, bueno te he hablado bastante de allá para acá"

P3: "Si"

P4: "Si"

P5: "Si y mucho"

P6: "Si."

¿Le gusta conocer personas nuevas o prefiere quedarse con las que ya conoce?

P1: "No, me gusta aventura, conocer personas"

P2: "Siempre es bueno conocer a otras personas, porque uno conociendo más personas conoce más cosas que no conocía"

P3: "Si me gusta conocer personas nuevas pero que sean buenas personas"

P4: "Es mejor conocer personas nuevas"

P5: "Es mejor conocer personas nuevas y tú te relacionas más y no sabes si te lo vas a encontrar en un camino y te dan ayuda"

P6: "Me gusta conocer personas nuevas porque así va uno más personas, lugar y personas nuevas le enseña cosas que uno no sabe pues"

Grupo Focal

“Incidencia Del Síndrome De Ulises En Inmigrantes Venezolanos En Su Travesía Por Territorio Colombiano”

Objetivo Investigación: Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta - Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.

Objetivo Del Grupo Focal: Concretar la forma de pensar, sentir y vivir de los inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta-Bucaramanga.

Población: Inmigrantes Venezolanos (Héctor, Crismara, Jeison, Yeisy, Maicol y Cintia Paola).

Lugar: Recorrido – Cúcuta- Bucaramanga.

Moderadores: - Deisy Alejandra Beltrán Leal

Fecha: Agosto 2019

Tiempo: 7 días

Número Total De Participantes: 6

Tabla 6. Matriz de Grupo Focal, (Fuente; Elaboración propia 2019)

<i>Ítem</i>	<i>Participantes</i>
<p>¿Cuándo las cosas no salen como usted planea, cómo reacciona?</p>	<p><i>P1: “Bueno tener paciencia, porque no es todo como uno cree.”</i></p> <p><i>P2: “Me pongo triste porque realmente quisiera que todo me saliera bien pero también debo entender que, así como todo sale bien muchas cosas pueden salir mal”</i></p> <p><i>P3: “Me pongo triste, no me gusta que las cosas salgan mal”</i></p> <p><i>P4: “Me Molesto”</i></p> <p><i>P5:” Me Molesto”</i></p> <p><i>P6:” Me Molesto.”</i></p>
<p>¿Cómo consiguió llegar a Colombia?</p>	<p><i>P1: “Por un pasaje que a mi esposo le dieron y de allí llegamos a Cúcuta y de Cúcuta para acá y de allí caminando y con la ayuda tuya hemos llegado hasta aquí.”</i></p> <p><i>P2: “Gracias por medio de un trabajo que tuve pude llegar a reunir un dinero para poder llegar a la frontera y de la frontera poder cruzar hasta llegar a Colombia”.</i></p> <p><i>P3: “Bueno, con mi tía, tío y mis primos ellos tenían planeado irse ya, entonces ellos</i></p>

llegaron: nos que nos vamos y eso, entonces bueno vámonos.”

P4: *“Ah bueno, mi papá trabajando”*

P5: *” Caminando y pidiendo jalón”*

P6: *“Reunimos un pasaje entre todos hasta Cúcuta, de allí colas y después la ayuda que ustedes nos prestaron”*

¿Qué planes tiene para el futuro?

P1: *“regresar a Venezuela y mi país cuando regrese se encuentre normalmente”*

P2: *“Yo muy pronto quisiera regresar a Venezuela y mi país cuando regrese se encuentre normalmente, en normalidad como anteriormente estaba.”*

P3: *“Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando”*

P4: *“Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando”*

P5: *” Yo quiero que mi país se acomode porque yo quiero seguir estudiando”*

P6: *” Trabajar, para mandar a Venezuela y ayudar lo que pueda a mi familia”*

¿Cuál es su estado de ánimo más frecuente??

P1: “Ahorita estoy feliz porque voy para arriba, si estuviera caminando estuviera tirada y triste y cansada.”

P2: “Pues siempre me mantengo en el ritmo de normal y natural, o sea, nunca trato de excederme a lo violento porque sé que con eso no se soluciona nada”

P3: “Depresión y tristeza”

P4: “Cansada, porque lo que hago es caminar para allá y para acá y me canso a cada rato”

P5:” Un poco cansado, pero bueno que vamos a hacer seguir pa lante”

P6:” Emocional, ansioso y nervioso”

¿Cuáles momentos felices de su infancia recuerda?

P1: “Este felices, cuando me regalaban algo, o me compraban algo porque del resto, y en mi adolescencia era bien porque la disfruté bastante, fiesta, me sacaban para donde quería pues, en cambio ahorita no puedo sacar a los míos para ningún lado.”

P2: “Una vez que fui para un río, me prohibieron ir y me escapé para un río. Me puse a comer una frutica que se llamaba coquito y comí tantas que cuando vine a ver me sentía mal del estómago que tuvieron que

llevarme a la casa y bueno podrás imaginar la reacción de mis padres. Y de mi adolescencia bastante fiestas, bastante fiestas bastante. Y triste haber perdido a mi abuela, porque al fallecer mi abuela estaba en silla de rueda y muchas veces la sacaba para la tensión, al hospital, a pasearla a que las hermanas y cosa y después que ella falleció”

P3: *Estar con mi familia.”*

P4: *“Cuando iba al preescolar, es lo más fino”*

P5: *Cónchale, recuerdo cuando mi papá me llevó a un parque y estábamos todas las familias unidas y vitábamos bastante y broma.”*

P6: *“Muchos porque allá en Venezuela cuando estaba niño las fiestas, las cosas cuando pequeño, los regalos de navidad y las cosas. En mi adolescencia las fiestas, el liceo, yo disfruté mucho el liceo cuando tenía 14, 15 años 16”*

¿Cómo se ve en un futuro?

P1: *“En un futuro, bien pues que a mis hijos no le falte nada y estemos todos, porque mis hijos están en Perú y yo estoy por aquí y mi familia en Venezuela.”*

P2: *“Grande. Regresar a mi país. Arreglar mi casa que la dejé allá, terminar de arreglar mi casa, reunirme y encontrarme*

otra vez con mis 5 hijos, que tengo 2 en Perú y los otros que tengo aquí y reunirme con mi padre y mi madre que tengo en Venezuela.”

P3: *“Con mi hijo, mi familia, estudiando, estar bien, estable en mi país”*

P4: *“Bueno cuando llegue a Venezuela seguir estudiando porque siempre me ha gustado ser ingeniera civil”*

P5: *” Cónchale, yo me veo grande pues, Si Dios quiere y trabajando”*

P6: *” En un futuro muy cercano si quisiera regresar a mi país.”*

Tabla 7. Matriz Observación Participante, (Fuente; Elaboración propia 2019)

Categorías	Participantes	Análisis
<p>Actitud</p> <p>Para Canda (2014), la actitud, “es la predisposición a reaccionar, positiva o negativamente, frente a determinadas categorías de personas u objetos”.</p>	<p>P1. “La actitud que presento este participante fue de cooperación y de atención debido a que fue apropiada y activa”.</p> <p>P2. “Manifestó una actitud de interés y de colaboración”.</p> <p>P3 “Actitud voluntaria y participativa”.</p> <p>P4. “Manifiesta una actitud de cooperación, atenta, respetuosa y amable”.</p> <p>P5. “Este sujeto mostro una actitud sincera y participativa”.</p> <p>P6. “Se evidencio una actitud respetuosa y colaborativa”.</p>	<p>Teniendo en cuenta la postura del autor Canda (2014), quien manifiesta que la actitud “es la predisposición a reaccionar, positiva o negativamente, frente a determinadas categorías de personas u objetos”, se puede inferir según lo observado que la actitud de cada uno de los participantes, fue participativa, de interés, respetuosa, adecuada, y buena disposición en la entrevista realizada.</p>
<p>Lenguaje verbal</p> <p>Según Hernández (2018) “es aquella comunicación oral, la cual tiene la capacidad de utilizar la voz para expresar lo que se siente</p>	<p>P1. “Expreso coherencia y claridad en el discurso”.</p> <p>P2. “Presento un lenguaje verbal claro entendible y su tono de voz fue agradable”.</p> <p>P3. “Lenguaje verbal claro y sincero”.</p> <p>P4. “Expresiones verbales claras y sinceras”.</p> <p>P5. “Expreso un lenguaje fluido y claro”.</p> <p>P6. “Expreso coherencia y claridad en el discurso”.</p>	<p>En relación a la postura de Hernández (2018), referente al lenguaje verbal el cual “es aquella comunicación oral, la cual tiene la capacidad de utilizar la voz para expresar lo que se siente o piensa a través de las palabras”, se logró evidenciar que el lenguaje verbal que manifestaron los participantes fue coherente, fluido y con</p>

o piensa a través de las palabras”.

claridad verbal, acompañado de un tono de voz adecuado, al igual que su pronunciación y verbalización sin presentar alteraciones significativas, Sin embargo se identificó en uno de los participantes un tono de voz bajo, asociado a la sintomatología.

Lenguaje no verbal

Según Hernández (2018), *“el lenguaje no verbal está compuesto por todos aquellos elementos que acompañan al lenguaje verbal, es decir, todas aquellas señas o señales relacionadas con la situación de comunicación que no son palabras escritas u orales”.*

P1. *“El sujeto realizo movimientos corporales constantes”.*

P2. *“Presenta movimientos y expresiones fáciles sinceras y acordes, se evidencia coherencia verbal y gestual”.*

P3. *“Seguridad en los movimientos corporales, coherencia en el discurso verbal y no verbal”.*

P4. *“Expresiones gestuales constantes”.*

P5. *“Coherencia a nivel verbal y gesticular”.*

P6. *“Mostro expresiones corporales sutiles, fue muy coherente su conducta con su actitud durante la entrevista”.*

De acuerdo con Hernández (2018), *“el lenguaje no verbal está compuesto por aquellas señas o señales relacionadas con la situación de comunicación que no son palabras escritas u orales”*, el cual se logró identificar en los participantes, ya que estos en el momento de dar las verbalizaciones, estas fueron coherentes con sus expresiones corporales dando credibilidad y validez en cada una de las narraciones.

<p>Comportamiento</p> <p>Según Canda (2014), define “al comportamiento, como la manera de ser o reaccionar de una persona durante un periodo corto o prologando de su vida o frente a circunstancias particulares”.</p>	<p><i>P1. “En el comportamiento se logró evidenciar que este participante en el trayecto de la entrevista fue complaciente y receptivo”.</i></p> <p><i>P2. “Se logró evidenciar que un comportamiento atento y receptivo”.</i></p> <p><i>P3. “Comportamiento espontaneo, sereno y respetuoso”.</i></p> <p><i>P4. “Comportamiento sereno y receptivo”.</i></p> <p><i>P5. “Este mostro un comportamiento espontaneo y apropiado”.</i></p> <p><i>P6. “Mostro un comportamiento atento e interactivo”.</i></p>	<p>Teniendo en cuenta el aporte de Canda (2014), el comportamiento es aquella manera de reaccionar de una o más personas en relación a las situaciones que experimenten, de esta manera en el transcurso del proyecto investigativo se evidencia en cada uno de los participantes un comportamiento atento, receptivo y adecuado, sin la presencia de ninguna alteración.</p>
<p>Estado emocional</p> <p>Para Canda (2014), el estado de ánimo, “es aquella vivencia emocional asociada a ciertas situaciones, de carácter menos intenso que las emociones”.</p>	<p><i>P1. “Respecto a su emocionalidad manifiesta disposición, optimismo y control emocional”.</i></p> <p><i>P2.” No se evidencia ninguna alteración emoción”.</i></p> <p><i>P3. “En relación a su emocionalidad refiere tristeza y llanto al evocar situaciones del pasado”.</i></p> <p><i>P4. “Manifestó un control emocional estable sin ninguna alteración”.</i></p> <p><i>P5. “No se presentó cambios ni alteraciones a nivel emocional”.</i></p>	<p>Respecto a la postura de Canda (2014), el estado de ánimo se asocia a la experiencia emocional que vive cada sujeto en relación a las situaciones que debe enfrentar en su vida cotidiana; frente a esto, durante el proceso investigativo se observó en los participantes que manifestaron un estado emocional estable, optimista y adecuado. Por otro lado, se evidenció tristeza y llanto</p>

<i>P6. “Su emocionalidad expresa un estado de tranquilidad y normalidad sin ninguna exaltación negativa”.</i>	en uno de los participantes al recordar ciertos episodios que marcaron su vida en relación a su pareja.
---	---

<i>Entrevista semiestructurada</i>	<i>Grupo focal</i>	<i>Observación Participante</i>
<p>En la aplicación y análisis de la entrevista semiestructurada, se tuvo en cuenta el análisis de contenido ya que este ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, permitiendo analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana, En general, puede analizarse con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación: en código lingüístico oral, icónico, gestual, gestual signado, entre otros, y sea cual fuere el número de personas implicadas en la comunicación (una persona, diálogo, grupo restringido, comunicación de masas), pudiendo emplear cualquier instrumento de compendio de datos como, por ejemplo, agendas, diarios, cartas, cuestionarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, entrevistas, radio, televisión, (Holsti, 2008).</p>	<p>En relación al grupo focal que se llevó a cabo con los 6 participantes de este proceso investigativo se logra concordar con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo que respecta a que la salud mental no es solamente un estado caracterizado por la ausencia de una enfermedad mental sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Que la Salud mental es un constructo multifactorial que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, dado que ha sido definida de diversas formas a través de distintas culturas y donde los procesos de migración hacen</p>	<p>Actitud: Teniendo en cuenta la postura del autor Canda (2014), quien manifiesta que la actitud “es la predisposición a reaccionar, positiva o negativamente, frente a determinadas categorías de personas u objetos”, se puede inferir según lo observado que la actitud de cada uno de los participantes, fue participativa, de interés, respetuosa, adecuada, y buena disposición en la entrevista realizada.</p>
<p>En este caso, para establecer el análisis de contenido se tuvieron en cuenta tres unidades que fueron: las técnicas, los instrumentos o</p>	<p>En relación a la postura de Hernández (2018), referente al lenguaje verbal el cual “es aquella comunicación oral, la</p>	

herramientas utilizadas y el comportamiento de los sujetos a lo largo del recorrido, donde primeramente se conversó para entrar en confianza, escuchando sus necesidades, entendiendo su situación, verlos llorar, reír y dialogar; además se realizó el recorrido Cúcuta- Bucaramanga , junto a ellos durante una semana, entendiendo su padecimiento, sin intentar alterar su ambiente o su forma de ver las cosas. La confianza fue clave para que ellos pudieran dar la información y recabar datos altamente valiosos.

Además, se hizo uso de un celular para grabar las conversaciones de la entrevista, cámara de video, así como recursos económicos para el traslado. Se compartieron espacios con ellos donde se le brindó comida, refrigerios y otros, lo que ayudó a que ellos mantuvieran el ánimo y la disposición para poder llegar a Bucaramanga.

De acuerdo a cada una de las verbalizaciones de los participantes de esta investigación y relacionada con la categoría de Migración

que se generen transformaciones inconclusas y profundas vicisitudes durante el recorrido o viaje de un entorno a otro, lo que obliga a los inmigrantes a redefinirse constantemente de acuerdo a las nuevas condiciones.

Algunas veces estas transformaciones y evoluciones enriquecen y amplían los horizontes en las vidas de los inmigrantes, en otras pueden generar un insoportable sentimiento de pérdida, inseguridad e incertidumbre. Por tanto, la inmigración afecta a todos los aspectos de la vida y requiere algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo.

Cambios que, a su vez, pueden condicionar la vida de la persona inmigrante de varias maneras, sin olvidar que a mayor índice de cambios se aumenta la probabilidad de enfermar (Sandín, 2013).

Los inmigrantes manifestaron sentir miedo, incluso terror, debido a los peligros físicos

cual tiene la capacidad de utilizar la voz para expresar lo que se siente o piensa a través de las palabras”, se logró evidenciar que el lenguaje verbal que manifestaron los participantes fue coherente, fluido y con claridad verbal, acompañado de un tono de voz adecuado, al igual que su pronunciación y verbalización sin presentar alteraciones significativas, Sin embargo se identificó en uno de los participantes un tono de voz bajo, asociado a la sintomatología del SU.

De acuerdo con Hernández (2018), “el lenguaje no verbal está compuesto por aquellas

(Grinberg & Grinberg, 1996, citado por Achotegui 2010), la refiere como la movilidad geográfica de las personas mientras que *inmigrar* puede entenderse como el hecho de llegar a un país y establecerse en él (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua 1989 citado por Achotegui 2010), es decir, residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgenini & Giménez, 2000). Consecuentemente, el o los inmigrantes son aquellas personas que se trasladan de un país a otro, “o de una región a otra lo suficientemente distinta y distante, por un tiempo suficientemente prolongado como para que implique “vivir” en otro país, y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 30, Achotegui, 2010 pág. 77).

Teniendo en cuenta lo anterior, se logra afirmar según que en el proceso migratorio se genera estrés y se relaciona con dos tipos de fenómenos: a) los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones de problemáticas, o en contextos donde

relacionados con el viaje, las coacciones de las pandillas de los hinchas, también siente miedo a la detención y expulsión, a los abusos... y a ello se suma la dificultad de encontrar su lugar, “su sitio”, dentro de la nueva comunidad, para así recuperar la posición social y el estatus que tenían en su país.

A la luz de lo mencionado, se consideró que los inmigrantes que viven estresores complicados o extremos se hallan influidos negativamente en su salud mental.

En las consultas de atención primaria la mayoría de las patologías de salud mental que se identifican en el paciente inmigrante son trastornos de adaptación, somatizaciones y aquéllas relacionadas con el duelo migratorio (Fuertes & Martín Laso, 2010).

El estrés y el duelo migratorio son connaturales al fenómeno migratorio y cuando la migración se vive en malas condiciones

señas o señales relacionadas con la situación de comunicación que no son palabras escritas u orales”, el cual se logró identificar en los participantes, ya que estos en el momento de dar las verbalizaciones, estas fueron coherentes con sus expresiones corporales dando credibilidad y validez en cada una de las narraciones.

las expectativas conductuales no son claras, y b) la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales. Desde la perspectiva de la persona inmigrante, los cinco mayores problemas con los que se va a enfrentar durante su período inicial de residencia en el país de acogida son la falta de acceso a un trabajo normalizado, la situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008). Por todo eso, la emigración implica que los cambios culturales que vive la persona emigrante conduzcan a enfermedades cuando el individuo ya no está preparado para integrar en su personalidad nuevas experiencias e influencias del entorno (Diez, 2000), hasta el punto que la acumulación de “acontecimientos vitales estresante” en el personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico (Achotegui, 2000; 2002; 2009b;2010).

emigrante pueda inducir un cambio de personalidad.

En relación a cada una de las narraciones que aportó cada uno de los participantes y partir de lo expuesto anteriormente se puede inferir de que la experiencia de la emigración y de los estresores extremos que viven hoy millones de inmigrantes hacen a estos colectivos muy vulnerables al Síndrome de Ulises que, como hemos indicado, se refiere un cuadro de duelo migratorio extremo vinculado a la intensidad del estrés crónico, la soledad, la lucha por la supervivencia, la falta de oportunidades y los riesgos físicos. Las respuestas de estrés son, esencialmente, intentos que hace el cuerpo para adaptarse a tales estresores. Una respuesta de estrés eficaz representa una adaptación exitosa, pero el cuerpo no siempre responde perfectamente o de forma adecuada (Ivancevich & Mattesson, 1985). La incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los factores de riesgo, como los cambios culturales y

Teniendo en cuenta el aporte de Canda (2014), el comportamiento es aquella manera de reaccionar de una o más personas en relación a las situaciones que experimenten, de esta manera en el transcurso del proyecto investigativo se evidencia en cada uno de los participantes un comportamiento atento, receptivo y adecuado, sin la presencia de ninguna alteración.

Respecto a la postura de Canda (2014), el estado de ánimo se asocia a la experiencia emocional que vive cada sujeto

de lengua, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por la incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en sociedad y el miedo (Ramos-Villagrasa & García- Izquierdo, 2007). Achotegui (2002) ha agrupado la sintomatología psicológica expresada en el Síndrome de Ulises en cinco áreas: depresiva, ansiosa, Somatización, confusional y cultural procesos de adaptación, pertenencia, iniciativa de participación, manifestación de conductas, desarrollo de autoridad y resolución de problemas, entre otros”.

en relación a las situaciones que debe enfrentar en su vida cotidiana; frente a esto, durante el proceso investigativo se observó en los participantes que manifestaron un estado emocional estable, optimista y adecuado. Por otro lado, se evidenció tristeza y llanto en uno de los participantes al recordar ciertos episodios que marcaron su vida en relación a su pareja.

Discusiones

Inicialmente en relación a las discusiones y teniendo en cuenta los resultados hallados en la investigación, los cuales se contrarrestan con la base teórica se menciona que de acuerdo a cada una de las verbalizaciones de los participantes de esta investigación y relacionada con la categoría de Migración (Grinberg & Grinberg, 1996, citado por Achotegui 2010), quien la refiere como la movilidad geográfica de las personas mientras que inmigrar puede entenderse como el hecho de llegar a un país y establecerse en él (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua 1989 citado por Achotegui 2010), es decir, residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen (Malgenini & Giménez, 2000) y consecuentemente, el o los inmigrantes son aquellas personas que se trasladan de un país a otro, “o de una región a otra lo suficientemente distinta y distante, por un tiempo suficientemente prolongado como para que implique “vivir” en otro país, y desarrollar en él las actividades de la vida cotidiana” (Grinberg & Grinberg, 1996, p. 30, Achotegui, 2010 pág. 77).

Teniendo en cuenta lo anterior, se logra afirmar según que en el proceso migratorio se generan distintos niveles de estrés y se relacionan con dos tipos de fenómenos: los cambios ambientales que ponen al individuo en situaciones de problemáticas, o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras y la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a las demandas ambientales.

Desde la perspectiva de la persona inmigrante, los cinco mayores problemas con los que se va a enfrentar durante su período inicial de residencia en el país de acogida son la falta de acceso a un trabajo normalizado, la situación irregular de residencia, la falta de acceso normalizado a la red sanitaria pública, el hecho de vivir en zonas de riesgo social elevado y los problemas de comunicación relacionados con el idioma (Falces, Vázquez & Cañas, 2008).

Por todo eso, la emigración implica que los cambios culturales que vive la persona emigrante conduzcan a enfermedades ya que el individuo no está preparado para integrar en su personalidad nuevas experiencias e influencias del entorno hasta el punto que la acumulación de “acontecimientos vitales estresantes” en el emigrante pueda inducir un cambio de personalidad.

En relación a cada una de las narraciones que aportó cada uno de los participantes y partir de lo expuesto anteriormente se puede inferir de que la experiencia de la emigración y de los estresores extremos que viven hoy millones de inmigrantes hacen a estos colectivos muy vulnerables al Síndrome de Ulises que, como hemos indicado, se refiere un cuadro de duelo migratorio extremo vinculado a la intensidad del estrés crónico, la soledad, la lucha por la supervivencia, la falta de oportunidades y los riesgos físicos.

La incidencia de los síntomas del Síndrome de Ulises será mayor o menor según los factores de riesgo, como los cambios culturales y de lengua, el sentimiento de soledad por la separación de la familia y los seres queridos, la sensación de desesperanza y agotamiento por la incapacidad para cumplir con el proyecto migratorio que se ha fijado la persona, las dificultades para integrarse plenamente en sociedad y el miedo.

Se logra concordar con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011) en lo que respecta a que la salud mental no es solamente un estado caracterizado por la ausencia de una enfermedad mental sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Que la Salud mental es un constructo multifactorial que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, dado que ha sido definida de diversas formas a través de distintas culturas y donde los procesos de migración hacen que se generen transformaciones inconclusas y profundas vicisitudes durante el recorrido o viaje de un entorno a otro, lo que obliga a los inmigrantes a redefinirse constantemente de acuerdo a las nuevas condiciones.

Algunas veces estas transformaciones y evoluciones enriquecen y amplían los horizontes en las vidas de los inmigrantes, en otras pueden generar un insoportable sentimiento de pérdida, inseguridad e incertidumbre. Por tanto, la inmigración afecta a todos los aspectos de la vida y requiere algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo, cambios que, a su vez, pueden condicionar la vida de la persona inmigrante de varias maneras, sin olvidar que a mayor índice de cambios se aumenta la probabilidad de enfermar (Sandín, 2013).

Los inmigrantes manifestaron sentir miedo, incluso terror, debido a los peligros físicos relacionados con el viaje, las coacciones de las pandillas de los hinchas, también siente miedo a la detención y expulsión, a los abusos... y a ello se suma la dificultad de encontrar su lugar, “su sitio”, dentro de la nueva comunidad, para así recuperar la posición social y el estatus que tenían en su país.

A la luz de lo mencionado, se consideró que los inmigrantes que viven estresores complicados o extremos se hallan influidos negativamente en su salud mental. El estrés y el duelo migratorio son connaturales al fenómeno migratorio y cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico (Achotegui, 2000; 2002; 2009b;2010).

Las migraciones siempre afectan tanto al país de donde se origina como al país receptor, sin embargo, existen muchos derechos internacionales y nacional que vela por el buen cuidado de los migrantes como el trato para que éstos puedan circular hasta sus lugares de destino sin ningún inconveniente. Pero en el caso de la diáspora venezolana, son millones que según cifras oficiales se ven en la necesidad de circular por las carreteras colombiana para llegar a múltiples destinos buscando una mejor vida.

Conclusiones

En la presente investigación de corte mixto se tomó como muestra para realizar el recorrido una familia venezolana conformada por 6 participantes voluntarios, los cuales tienen en común la búsqueda de una nueva historia de vida con oportunidades donde no les toque pasar necesidades y vicisitudes; donde se logró dar el debido cumplimiento al objetivo general como fue evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga, dicho cumplimiento se logró mediante la aplicación de los instrumentos SCL-R90, La Escala de Ulises, la entrevista semiestructurada por categorías, el grupo focal y la observación participante, encontrando así lo siguiente:

Se puede identificar que del 100% de los sujetos, el 3.33% se encuentran en un rango de edad 41 años, lo que equivale a 2 personas, y el 1.66% que equivale a 1 persona para cada rango de edad 15 ,16,17 y 19 años, la estructuración de la muestra a la que se les aplicaron los instrumentos y las técnicas, fue que el 50% de la población abordada es de género femenino (3 participantes) y el otro 50% corresponde al género masculino (3 participantes).

En Cuanto a aplicación de la prueba estandarizada SCL-90-R, donde se infieren los siguientes resultados a partir de los puntajes de prevalencia y los índices de respuesta obtenidos de forma individual donde se demuestran los perfiles psicopatológicos de los participantes se obtienen : que para el sujeto 1 se observa que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS) ésta incluso requiere de psiquiatría ambulatoria por estar por encima, Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC). Sin embargo, está normal en Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP) y Hostilidad (HOS) por estar debajo del general y el ambulatorio. Hay que resaltar que el Índice global de severidad (IGS) el sujeto (1,0) debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por esta por debajo del aceptado; en el sujeto 2 se observa en los resultados que para la psiquiatría general está por encima del promedio y del ambulatorio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP), Hostilidad (HOS) e Ideación paranoide (IDE), este último por encima del general pero por debajo del ambulatorio por lo que claramente el sujeto requiere de una intervención psiquiátrica ambulatoria, ya que el Índice global de severidad (IGS) el sujeto fue de 2,53 muy por encima

de la psiquiatría ambulatoria (1,67); para sujeto 3 muestran que para la psiquiatría general está por encima del promedio general en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Depresión (DEP), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) y Psicoticismo (PSIC). Sin embargo, está normal en Sensitividad interpersonal (SEN) y Hostilidad (HOS) por estar debajo del general y el ambulatorio. El Índice global de severidad (IGS) del sujeto es de 1,07 debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por estar por debajo del aceptado; el sujeto 4 los resultados muestran que para la psiquiatría general está por encima de todos en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE) Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN), Depresión (DEP), Hostilidad (HOS) éste por encima del ambulatorio e Ideación paranoide (IDE), y en este caso el sujeto necesita tratamiento general por que el Índice global de severidad (IGS) del sujeto fue de 1,34 por encima del tratamiento psiquiátrico general aunque por debajo de la psiquiatría ambulatoria (1,67); los resultados para sujeto 5 muestran que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Ansiedad (ANS), Ansiedad fóbica (FOB), Psicoticismo (PSIC), Sensitividad interpersonal (SEN) y Hostilidad (HOS). Sin embargo, está normal en Depresión (DEP) e Ideación paranoide (IDE), por estar debajo del general y el ambulatorio. El Índice global de severidad (IGS) del sujeto es de 0,87 debería tratarse por estar por encima del general (0,45) aunque no amerita una psiquiatría ambulatoria (1,67) por estar por debajo del aceptado y en el caso del sujeto 6 los resultados arrojaron que para la psiquiatría general está por encima del promedio en somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SEN), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (IDE), y Hostilidad (HOS). Por lo cual, está normal en Depresión (DEP), Ansiedad (ANS) y Psicoticismo (PSIC), por estar debajo del general y el ambulatorio. Los resultados mejoraron en este sujeto ya que el Índice global de severidad (IGS) del sujeto es de 0,60 muy cercano al general (0,45) y muy alejado de psiquiatría ambulatoria (1,67).

Para el cumplimiento de los demás objetivos a través de la aplicación de la Escala de Ulises, el cual se determina en cuanto al estudio de la vulnerabilidad, los estresores, los niveles de los estresores, los síntomas que determinan la incidencia del SU y los niveles internos. Se infiere que las limitaciones o dificultades con las que las personas inmigrantes cuentan al salir de su país de origen, se constituyen en un factor de riesgo para su salud mental en función de la intensidad.

Este hecho supone que cada uno de los 6 participantes no tiene limitaciones previas a la migración en ninguno de los siete duelos. Esta característica de vulnerabilidad simple es la base del Síndrome de Ulises, ya que supone que antes del hecho migratorio, la persona podía superar sin dificultades las situaciones estresantes.

Posterior a la evaluación de la vulnerabilidad según su intensidad, se exponen los niveles según los siete tipos de duelos, es decir, cómo era la situación antes de migrar en la familia, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el grupo de pertenencia y ante los riesgos físicos, por tanto, se obtiene que el nivel de la vulnerabilidad en los participantes es simple en un 100%, ya que el bienestar en la cultura, la tierra y la lengua, puntúan alto en la vulnerabilidad simple.

Para evaluar el duelo como simple, complicado o extremo, se tuvo en cuenta la vulnerabilidad de cada inmigrante, valorada tras la migración y los estresores. La elaboración del duelo, como ya hemos visto, va a depender de una serie de variables personales que funcionan en el sujeto como factores que facilitan o agravan, que posibilitan o impiden convivir con las características del duelo migratorio. Por tanto y respecto a los niveles de los duelos por la familia y los riesgos físicos nos llevan a determinar que el 100% de la muestra presenta la elaboración del duelo migratorio como extremo, es decir no logra elaborar los duelos, bien por dificultades en la vulnerabilidad o en los estresores, como en los factores subjetivos, agravantes o culturales.

En cuanto a los resultados sobre los estresores, que son considerados como las limitaciones, obstáculos y dificultades que afectan a la persona inmigrante en su elaboración del duelo migratorio. Se pudo evaluar en ellos todas estas dificultades externas que han vivido en los últimos seis meses antes de la entrevista y que se suponen como factores de riesgo.

Según Achotegui, (2010, p.70), “con un solo estresor extremo, se considera que el sujeto entra en la categoría de estresores extremos o estresores Ulises, ya que el duelo extremo no se puede elaborar y conduce al sujeto a una situación de crisis permanente.” y en concordancia con esta teoría, se puede afirmar que el 100% de la muestra tiene factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Ulises. Siendo necesario atender a los estresores extremos como base del Síndrome de Ulises. Cabe mencionar que es el estudio de los síntomas el que determina si se da incidencia o no del Síndrome o si deriva en enfermedad mental.

En la muestra que nos ocupa, el 100 % de los participantes expresan durante el recorrido tener síntomas asociados al Síndrome de Ulises como son la tristeza, que expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión, de abandono ante los duelos extremos y el llanto, como expresión de la dificultad ante situaciones límite, son síntomas que pertenecen al área depresiva.

La ansiedad, reflejo de la lucha por conseguir los objetivos propuestos, el nerviosismo relacionado con las frustraciones a las que se debe hacer frente en poco tiempo, las preocupaciones excesivas y recurrentes, el miedo por la falta de recursos económicos la falta de autonomía al tener que “escondarse”, las condiciones laborales forman parte de los síntomas del área de la ansiedad y el dolor de cabeza como respuesta a los estresores se incluye en el área de la somatización.

Aparecen otros síntomas como: mutismo selectivo durante horas, inmovilidad durante horas con la mirada pérdida.

Por lo que se determina que los 6 participantes de la investigación, presentan el Síndrome de Ulises dado que cumplen con lo expuesto en la teoría, Según Achotegui, (2010, p.70),

Seguidamente para culminar, en relación al cuarto objetivo específico de este proceso investigativo, se logra evidenciar el correspondiente cumplimiento debido a que se logra la realización crónica documental de carácter interdisciplinar, donde se refleja la crisis migratoria venezolana a lo largo de su trayecto por el territorio colombiano.

Recomendaciones

Inicialmente se pretende dejar este estudio investigativo como apertura hacia futuras investigaciones.

Se recomienda seguir realizando investigaciones de este tipo, específicamente con esta población y con el apoyo y acompañamiento de otros profesionales y desde los distintos entes gubernamentales para lograr la generación de sensibilización e impacto social desde la academia logrando desarrollar la intervención de manera significativa y brindando herramientas y estrategias psicosociales adecuadas a las personas involucradas en esta problemática del SU.

Así mismo se recomienda a los distintos profesionales según sea el caso realizar acompañamientos rigurosos a las familias para el entrenamiento en habilidades sociales y así aminorar la cronicidad y multiplicidad del Síndrome de Ulises.

Se recomienda al profesional de Psicología trabajar educativa y terapéuticamente para aminorar estresores extremos, fortalecer vulnerabilidades y caminar hacia una migración saludable.

Del mismo modo, se recomienda al programa de Psicología motivar positivamente más a los estudiantes con respecto al trabajo con la comunidad en general, para que así cada uno de estos logren realizar aproximación a la realidad que viven las personas, y logre fortalecer habilidades a nivel personal que serán significativas en un futuro para ellos mismo y la comunidad en general.

Se sugiere continuar con este tipo de investigaciones específicamente de tipo correlacional, es decir, donde se logre la comparación de la relación existente entre distintas variables, que permitan identificar otros factores de riesgo en los inmigrantes para contribuir al bienestar integral del sujeto, familia y sociedad.

Referencias Bibliográficas

- Achotegui. (2010). Migración y crisis. *Salud mental relacional*, 7(1).
- Arboleda, M. G. (2013). *Incidencia del síndrome de Ulises en Andalucía*. Andalucía España.
- Bastos, L. M., Andrade, J. M., & Leòn, J. A. (2015). *Coyunturas políticas Colombo Venezolana en la zona de frontera*. Cùcuta.
- Botella, A. R., Díaz, M. C., & Bastida, I. S. (2018). *Migración y síndrome de Ulises: ser nadie en tierra de nadie*. Coruña España.
- Calle, D. P. (2017). *Jovenes migrantes Venezolanos en Colombia, una mirada a sus actuales trayectorias migratorias bajo el enfoque transnacional*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Camara de comercio e Cùcuta. (2018). *Norte de Santander como una nueva frontera*. Cùcuta: Camara de comercio.
- Canbayer, J., & Monge, M. A. (2017). *La salud mental y sus ciudadanos (4a ed.)*. Pamplona.
- CaracolRadio. (14 de abril de 2018). *CaracolRadio*. Obtenido de CaracolRadio : https://caracol.com.co/programa/2018/04/13/sanamente/1523624770_874046.html
- Castro, T. C., & Alvarez, M. R. (2017). *Percepciones sobre la migración Venezolana: causas como destino expectativas de retorno*. Barcelona España.
- CONPES. (2018). *Estrategia Para La Atención De La Migración Desde*. Bogota.
- CORPONOR. (2016). Plan Estratégico Ambiental Regional.
- Espinoza Venegas, M., Sanhueza Alvarado, O., Ramírez Elizondo, N., & Sáez Carrillo, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *SciELO*, 9.
- Falcó, E. C., Polo Gaitán, G., Quintero, A. I., Fernandez Ortiz, L., Turrion Borrillo, L., Guerrero Espejo, M., . . . García Sáenz del Burgo, R. (2015). *Voluntariado en Salud Mental*. Madrid: Fundación Juan Ciudad.
- Fedesarrollo. (2018). *Migración venezolana a Colombia*. Bogota.

- Figueroba, A. (2019). *El síndrome de Ulises*. Recuperado el 2 de Junio de 2019, de <https://psicologiaymente.com/clinica/sindrome-de-ulises>
- GIFMM. (2019). *Refugiados y migrantes venezolanos*. Recuperado el 2019, de <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/67912.pdf>
- Gil, J. A., Beltrán, S. G., & García, J. A. (2018). *El derecho al refugio de los migrantes Venezolanos*. Cúcuta: Universidad libre de Cúcuta.
- González, C. V. (2005). *El duelo migratorio*. Sevilla.
- la, C. G. (Marzo de 2015). www.contraloria.gov.co . Obtenido de <https://www.contraloria.gov.co/documents/487635/520928/Perfil+gesti%C3%B3n+NORTE+DE+SANTANDER.pdf/135607d2-4743-4488-9b83-8b2b5c1053a2?version=1.0>
- Laguado, W. V. (Abril de 2016). *Plan de Desarrollo para Norte de Santander 2016-2019 “Un Norte Productivo Para Todos”*. Obtenido de <http://www.sednortedesantander.gov.co/sitio/images/documentos/informesdelsector/PDD%20NDS%202016-2019.pdf>
- Mazuera, A. H. (2018). *Empleabilidad de migrantes Venezolanos en el mercado laboral de Cali*. Santiago de Cali.
- Ministerio de salud y protección social. (2018). *Plan de respuesta del sector salud al fenómeno Migratorio*. Bogotá.
- Moya, E., Chavez, S., Esparza, O., & Castañeda, E. (2016). *El síndrome de Ulises en inmigrantes económicos y políticos en México y Estados Unidos*. México.
- Organización Internacional para las migraciones. (2019). *Conceptos generales sobre migración*. Recuperado el 27 de Mayo de 2019, de <http://www.oim.org.co/node/13>
- Salazar, Y. A. (2017). *Interacciones entre la dimensión poblacional con las otras dimensiones del desarrollo, en la zona fronteriza de Cúcuta (Colombia) –Bolívar -San Cristóbal (Venezuela)*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Santander, G. d. (2019). *Copyright 2019 @ Gobernación de Norte de Santander*. Obtenido de <http://www.nortedesantander.gov.co/Gobernaci%C3%B3n/Nuestro-Departamento/Informaci%C3%B3n-General-Norte-de-Santander>

Apéndices

Apéndice A:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Ciudad: _____ Fecha de la Entrevista: _____

Lugar de la Entrevista: _____ Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES:

La presente entrevista Semiestructurada dirigida a los docentes tiene como objetivo “*Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.*”

	CATEGORIAS	ITEMS			
	Migración	¿Por qué tuvo que salir de su país? ¿Cómo consiguió llegar a Colombia? ¿Cuántas veces lo intento hasta que consiguió llegar? ¿Cuánto tuvo que invertir para trasladarse? ¿Alguien le aconsejo irse o fue idea suya? ¿Qué opina su familia? ¿Con quién va realizando el recorrido? ¿Cómo describe su vida antes de venir? ¿Qué importancia tiene la cultura del país de donde viene y qué			

		<p>opinias de la cultura de Colombia?</p> <p>¿Conoce a alguien que ha sido maltratado en algún centro de estancia temporal de inmigrantes?</p> <p>¿Qué planes tiene para el futuro?</p> <p>¿Tienes pensado quedarte aquí o regresar a tu país en un futuro?</p>			
	Desplazamiento	<p>¿Qué aspectos de su vida altero?</p> <p>¿Qué consecuencias tuvo para usted?</p> <p>¿Qué problemas trae el conflicto de país para sus víctimas?</p>			
	<p style="text-align: center;">Inteligencia Emocional</p> <p>La inteligencia es la capacidad para resolver problemas futuros en contextos sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales a través del razonamiento, planeación, y ejecución en la toma de decisiones que permitan la resolución de problemas, del mismo modo es la habilidad para comprender una idea compleja donde el aprendizaje es necesario y en ocasiones se consigna en la experiencia, (Cabas Hoyos , González Bracamonte Yaninis, & Hoyos Regino, 2017)</p>	<p>¿Antes de realizar cualquier conducta usted la planea?</p> <p>¿Piensa constantemente en lo que pueda pasar mañana?</p> <p>¿Piensa constantemente en cómo resolver las situaciones que se le presenten?</p> <p>¿Cuándo las cosas no salen como lo quiere usted cómo reacciona?</p> <p>¿Qué pensamientos tiene cuando acontecen circunstancias</p>			

		<p>inesperadas y lo implica directamente?</p> <p>¿Ha tenido pensamientos negativos durante mucho tiempo a causa de experiencias vividas?</p> <p>¿Cómo resuelve usted los problemas que se le presentan en el diario vivir?</p>			
	<p>Salud mental</p> <p>La salud mental se refiere al estado de bienestar biológico, psíquico, social y espiritual y además es fruto de todo lo que conlleva la vida cotidiana de una persona puesto que no solo depende de factores físicos, sino que también están incluidos los factores psicológicos y ambientales. (OMS, 2015).</p>	<p>¿Cuál es su estado de ánimo más frecuente?</p> <p>¿Su estado de ánimo depende de lo que le sucede en su diario vivir?</p> <p>¿Cuándo se le presentan situaciones que no esperaba reacciona de manera impulsiva o se toma el tiempo de pensar en cómo actuar?</p> <p>¿Qué idea tiene de la violencia?</p> <p>¿Cuáles momentos felices de su infancia recuerda?</p> <p>¿A qué temas les presta más atención?</p> <p>¿Planea su futuro o solo espera lo que venga?</p> <p>¿Cómo se ve en un futuro?</p> <p>¿Le gusta interactuar con las demás personas?</p> <p>¿Le gusta conocer personas nuevas o prefiere</p>			

		quedarse con las que ya conoce?			
--	--	---------------------------------	--	--	--

*Apéndice B:***Formato De Observación Participante**

<i>Fecha:</i>	<i>Observadores</i>	
	<i>Entrevistado:</i>	
<i>A quien:</i>		
<i>Hora de inicio:</i>	<i>Hora de finalización:</i>	
<p><i>Objetivo de la Observación:</i></p> <p>Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.</p>	<p><i>Temas y Pautas a Observar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje no verbal - Estilo de comunicación - Actitud durante a la entrevista - Comportamiento durante la entrevista 	
<i>Descripción de la Observación:</i>		
<i>Análisis:</i>		

Apéndice C:

Formato Grupo Focal

1. Objetivos

Objetivo De La Investigación
Evaluar la incidencia del síndrome de Ulises en inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.
Objetivo Del Grupo Focal
Concretar la forma de pensar, sentir y vivir de los inmigrantes venezolanos en su travesía nacional, Cúcuta –Bucaramanga a través de una investigación de corte mixto para la realización de una crónica documental de carácter interdisciplinar.

2. Identificación Del Moderador

Nombre del moderador
Nombre del observador

3. Participantes

Lista de asistentes a grupo focal	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

4. Preguntas

Preguntas grupo focal	
1	
2	
3	
4	

*Apéndice D:***Escala de Ulises (Achotegui, 2009a)**

Los duelos migratorios	Vulnerabilidad		Estresores	
Duelo por la familia	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por la lengua	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por la cultura	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por la tierra	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por el estatus social	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por el grupo de pertenencia	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	
Duelo por los riesgos físicos	Simple		Simple	
	Complicada		Complicada	
	Extrema		Extrema	

Apéndice E:

Universidad De Pamplona

Consentimiento Informado

En el marco de la ley y de la Constitución Nacional, yo _____
 _____ como participante, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.
 _____ de _____, hago constar que
 _____, psicóloga en formación de decimo semestre de la
 Universidad de Pamplona, en calidad de investigadora principal me informó sobre el objetivo
 principal del proyecto titulado: **Síndrome De Ulises En Inmigrantes Venezolanos En Su
 Travesía Por Territorio Colombiano**, en el cual acepto participar voluntariamente, por lo
 tanto:

- He recibido la información de las actividades del proyecto de manera clara y precisa, las cuales son:

- Que el uso de los datos recopilados en el proyecto será netamente con fines de investigación y académicos y nunca se revelará mi identidad y toda información será confidencial.

- Así mismo, podré hacer todas las preguntas que considere necesarias, a los teléfonos _____ y correos electrónicos _____

Nombre del participante: _____
 C.C.N° _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Apéndice F:

Universidad De Pamplona

Consentimiento Informado Para Investigaciones Con Menores De Edad Y/O Personas Con Condiciones Especiales

Investigador principal: _____

Título proyecto: _____

Entidad: _____

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ Documento de identificación: _____

1. Se ha entregado información amplia y suficiente sobre el estudio a realizar y una copia del consentimiento informado, fechado y firmado. Así mismo, se han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
2. Se ha dado el tiempo y oportunidad para realizar preguntas al respecto. Todas las preguntas fueron respondidas a entera satisfacción.
3. Se mantendrá la confidencialidad de los datos del participante.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y libre de retirar al participante del estudio en cualquier momento del mismo.

¿Acepta dar el consentimiento para la participación de su representado(a) en el estudio en mención?

SI _____ NO _____.

Firma del representante legal del menor o personas en condiciones especiales:

C.C. N°

Yo _____, como investigadora principal, hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio en mención, así como sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba. El representante legal otorga su consentimiento por medio de su firma.

Firma del Investigador: _____

Fecha _____